

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

N° 55

DES

# TUMEURS MALIGNES DE LA VULVE

---

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 31 Juillet 1891

PAR

**J. SASSY**

Né à Cette, le 12 juillet 1862

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

---

MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN ET MONTANE

3, Place de la Mairie, 3

1891

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN (※) . . . . . DOYEN  
BERTIN-SANS. . . . . ASSESSEUR

## Professeurs

|                                               |                  |
|-----------------------------------------------|------------------|
| Médecine légale et toxicologie. . . . .       | MM. JAUMES.      |
| Clinique chirurgicale. . . . .                | DUBRUEIL (※).    |
| Chimie médicale et Pharmacie . . . . .        | ENGEL.           |
| — VILLE (Ch. de c.)                           |                  |
| Hygiène. . . . .                              | BERTIN-SANS.     |
| Clinique médicale . . . . .                   | CASTAN (※).      |
| Clinique médicale . . . . .                   | GRASSET.         |
| Physiologie. . . . .                          | LANNEGRACE.      |
| — HÉDON (Ch. d. c.)                           |                  |
| Clinique chirurgicale. . . . .                | TEDENAT.         |
| Clinique obstétric. et gynécol. . . . .       | GRYNFELTT.       |
| Anatomie pathologique et histologie . . . . . | KIENER (※).      |
| Thérapeutique et matière médicale. . . . .    | HAMELIN (※).     |
| Anatomie. . . . .                             | PAULET (O. ※ ※). |
| Pathologie interne. . . . .                   | CARRIEU.         |
| Clinique des maladies mentales et nerv.       | MAIRET.          |
| Physique médicale. . . . .                    | IMBERT           |
| Botanique et hist. nat. méd. . . . .          | GRANEL.          |
| Pathologie externe (Ch. d. c.) . . . . .      | ESTOR.           |
| Opérations et appareils (Ch. d. c.) . . . . . | FORGUE.          |
| Doyen honoraire : M. BENOIT (O. ※ ※).         |                  |
| Profess. honor. : M. DUPRÉ (O. ※ C. ※).       |                  |

## Chargés de Cours complémentaires

|                                                  |                      |
|--------------------------------------------------|----------------------|
| Clinique annexe des mal. des vieillards. . . . . | MM. REGIMBEAU ※, ag. |
| Histologie. . . . .                              | BLAISE, agrégé.      |
| Clinique annexe des maladies des enfants.        | BAUMEL, agrégé.      |
| Clinique annexe ophtalmologique. . . . .         | TRUC, agrégé.        |
| Accouchements. . . . .                           | GERBAUD, agrégé.     |
| Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées       | BROUSSE, agrégé.     |

## Agrégés en exercice

|               |           |             |
|---------------|-----------|-------------|
| MM. DE GIRARD | MM. VILLE | MM. BROUSSE |
| SERRE         | FORGUE    | SARDA       |
| REGIMBEAU (※) | TRUC      | ESTOR       |
| BLAISE        | GERBAUD   | HÉDON       |
| BAUMEL        | GILIS     | LECERCLE    |

MM. GOT, *secrétaire*.

F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire*.

## Examineurs de la Thèse

|                                 |                           |
|---------------------------------|---------------------------|
| MM. TEDENAT, <i>président</i> . | MM. SERRE, <i>agré</i> g. |
| KIENER ※, <i>professeur</i> .   | TRUC, <i>agré</i> g.      |

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA BONNE ET EXCELLENTE MÈRE

A MES SŒURS

A MES BELLES-SŒURS

A MES FRÈRES

A MES BEAUX-FRÈRES

A TOUS MES PARENTS

J. SASSY.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur TÉDENAT

A Monsieur le Professeur CASTAN

A MES EXCELLENTS AMIS

Le Dr BANAL, pharmacien de 1<sup>re</sup> classe

Et le Dr Joseph CAUQUIL

A TOUS MES AMIS

J. SASSY.

## PRÉFACE

Il y a quelques années seulement, les traités de pathologie faisaient à peine mention du cancer de la vulve. Les thèses soutenues sur ce sujet signalaient son excessive rareté, et un de nos meilleurs chirurgiens en niait presque l'existence. Grâce aux mémoires de Rondot, de Deschamps, de Taylor, grâce aux observations recueillies soit en France, soit à l'étranger, le cancer de la vulve est, de nos jours, une affection parfaitement délimitée, dont on connaît très bien la symptomatologie et l'anatomie pathologique.

Entreprendre dès lors un travail sur cette question peut paraître superflu, et nous avouons nous-même en toute sincérité que nous n'avons rien de nouveau à dire. Mais nos prétentions sont plus modestes, et tout en apportant notre faible part de cas nouveaux ; tout en relatant les observations disséminées dans les journaux de médecine, nous avons voulu étudier aussi d'une façon spéciale certains points des affections malignes de la vulve imparfaitement connus jusqu'à ce jour. Guidé par cette pensée, nous nous sommes appliqué particulièrement à l'étude du diagnostic et du traitement. Enfin, parmi les observations que nous avons pu recueillir, nous avons

surtout mentionné, après les avoir analysées en leur temps, toutes les variétés de tumeurs autres que l'épithélioma dont l'étude a été très bien faite du reste par M. le docteur Maurel de Paris.

Certes, notre œuvre est loin d'être complète, mais nous espérons cependant que malgré ses imperfections, elle ne sera pas tout à fait inutile. Tel a été du moins le but que nous nous sommes efforcé d'atteindre.

Avant de commencer ce travail, qui nous a été inspiré par notre maître M. le professeur Tédénat, nous tenons à le remercier de l'honneur qu'il nous fait d'accepter la présidence de notre thèse; qu'il veuille bien aussi agréer nos hommages les plus respectueux et les plus reconnaissants pour l'intérêt tout particulier qu'il nous a témoigné durant le cours de nos études médicales.

Nous remercions également M. Hours, licencié ès-lettres, et Bonemaison, externe au service de chirurgie, dont le concours nous a été très utile dans la traduction des ouvrages étrangers, ainsi que M. Bosc, externe et préparateur d'anatomie pathologique.

---

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DES  
TUMEURS MALIGNES DE LA VULVE

---

HISTORIQUE

L'histoire des tumeurs malignes de la vulve n'a été complètement faite qu'au commencement de ce siècle. Avant cette époque, elles étaient confondues avec toutes les autres tumeurs des organes génitaux.

C'est ainsi que Morgagni en 1751, essaie d'analyser les différentes tumeurs de l'urèthre.

En 1756, André, dans ses « Observations pratiques sur les maladies de l'urèthre » insiste sur quelques-unes de ces affections qui peuvent se propager à la vessie.

Nous arrivons jusqu'à 1833 avec Mme Boivin et Dugès, qui citent trois observations de tumeurs cancéreuses primitives de la vulve dans leur « Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes. »

Ribéri lit en 1844 devant la Société médico-chirurgicale de Turin un mémoire relatant une observation de tumeur ayant atteint le méat urinaire et dont l'anatomie pathologique avait

démontré la nature squirrheuse. Cette observation renferme aussi quelques remarques sur le pronostic et le traitement.

Lebert, dans son « *Traité pratique des maladies cancéreuses* » insiste sur la possibilité de confondre les tumeurs cancéroïdes de la vulve avec les affections simplement hypertrophiques et cite pour sa part quatre cas de cancer primitif ayant débuté trois fois par les petites lèvres et 1 fois par la grande lèvre gauche.

Jarjavay, en 1852, dans son « *Anatomie chirurgicale* », raconte que le cancer de la vulve s'étend quelquefois à l'urèthre. Il l'a vu une fois borné à la partie inférieure de ce canal chez une femme de la province qui mourut plus tard d'une affection cancéreuse générale.

West, dans ses *Leçons sur les maladies des femmes*, en 1858, rapporte le cas d'une malade chez laquelle une chute sur l'angle d'une chaise déterminait une ulcération épithéliomateuse.

En 1864, Guérin dans son « *Traité des maladies des organes génitaux externes chez la femme* », fait le diagnostic entre l'esthiomène et le cancer.

Churchill, en 1866, cite dans un de ses ouvrages, trois observations avec planches dues à M. Clintock.

En 1869, Melchiori publie quatre observations de cancer péri-urétral chez la femme. Après avoir donné pour l'une d'elles, l'examen microscopique de la tumeur, il s'étend longuement sur le procédé opératoire qu'il emploie.

Géber, en 1871, établit le diagnostic entre les lésions de la vulve dues à la syphilis, et celles dues au cancer.

A signaler le mémoire de Rondot paru en 1875 dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, sur le cancer primitif de la vulve et du vagin.

Nous recommandons le mémoire de Deschamps paru dix ans plus tard, en 1885, dans « *les Archives de Tocologie*, sur quelques ulcérations rares et non vénériennes de la vulve ». Ce

mémoire très bien rédigé marque une étape dans l'histoire de ces affections.

Winckel, 1885, après avoir énuméré plusieurs cas qui lui sont personnels, traite la question d'intervention.

Schröder, dans son « Traité des maladies des organes génitaux de la femme », 1886, cite deux cas de sarcomes mamelonnés de la vulve.

En 1888, Daniel Mollière de Lyon consacre une leçon clinique à l'histoire, au diagnostic et au traitement de l'épithélioma de la vulve.

Puis viennent les thèses de Lahaye, Dauriat, en 1887, de Maurel en 1889 sur l'épithélioma vulvaire.

Enfin, en 1889 paraît dans les Annales de Gynécologie l'intéressant rapport de R. Taylor, chirurgien de New-York, traduit par le Docteur Labusquière sur le mélanosarcome primitif de la vulve.

En raison de l'importance de ce mémoire, nous allons en donner un rapide aperçu :

R. Taylor constate d'abord que de toutes les variétés de néoplasmes malins affectant la région vulvaire, le mélanosarcome primitif est certainement la plus rare. Sous le nom de mélanose vulvaire, on rencontre un certain nombre de cas dans la science qui n'étaient en réalité que des cas de carcinome mélanique. Or une différence essentielle distingue le carcinome mélanique, qui a son origine dans les éléments épithéliaux, du mélanosarcome, qui, comme le simple sarcome, est une affection du tissu conjonctif. Quoique moins nettes sur les muqueuses, de nombreuses analogies existent entre le mélanosarcome de la peau et celui des muqueuses. Mais si tous les deux ont une tendance à se généraliser rapidement et à produire des métastases dans des régions éloignées de celle qui a été primitivement attaquée, la généralisation se fait dans le sarcome mélanique primitif de la peau par les vais-

seaux sanguins et par continuité des tissus, tandis que dans le mélano-sarcome des organes génitaux de la femme, les vaisseaux lymphatiques et les viscères sont plus fréquemment et plus vite intéressés que la peau.

Après avoir rapporté une observation personnelle de mélano-sarcome typique sur une femme de 62 ans, Taylor termine par des considérations sur le diagnostic et le traitement de cette affection maligne. En somme, excellent travail qui éclaire d'un jour tout nouveau l'étude de cette variété de néoplasme, et dont nous aurons l'occasion de reparler.

---

## ETIOLOGIE

Il est bien entendu que nous ne nous occuperons pas de l'étiologie des tumeurs malignes de la vulve, en tant qu'affections secondaires propagées par les organes voisins, l'utérus par exemple. Cette étude nous forcerait à sortir du cadre que nous nous sommes imposé.

L'étiologie comprend quatre parties : l'âge, la fréquence, le siège et les causes étiologiques proprement dites.

A, *âge*. — C'est en général dans la seconde moitié de la vie, après la ménopause, que les tumeurs de la vulve se déclarent. On en observe le plus grand nombre de cas, de 40 à 60 ans. Il y a cependant des exceptions à cette règle : tel le cas de Lebert où une petite fille de 5 ans fut opérée par le D<sup>r</sup> St-Germain pour un sarcome de la région clitoridienne, et le cas d'Arnott, où la jeune malade n'avait que 16 ans. On pourrait encore citer d'autres cas où les malades avaient ou moins de 40 ans ou plus de 60 ans.

B, *fréquence*. — Les statistiques connues semblent indiquer que pour 35 à 40 cas de cancer de l'utérus, il y aurait un cas de cancer primitif de la vulve. Ce sont surtout les femmes qui ont eu des grossesses répétées qui en sont atteintes. Y aurait-il là une prédisposition ? Nous n'oserions l'affirmer, car, dans certains cas, les malades étaient encore vierges.

C, *siège*. — Si l'on prend la moyenne des observations connues, on observe que c'est surtout la région clitoridienne qui est envahie la première. Puis viennent au même degré les grandes et petites lèvres, le méat urinaire. Dans l'observation due

à M. Sacaze, le néoplasme avait débuté par la fosse naviculaire.

D. Quant aux causes étiologiques proprement dites, elles sont nombreuses, et c'est ici surtout que l'on ne peut émettre une opinion précise, car il est à remarquer que sur les nombreuses observations relatées par les auteurs, très peu ont présenté les mêmes phénomènes d'invasion. Aussi, nous signalerons toutes les causes, laissant à d'autres plus audacieux que nous, d'établir une règle.

Mmes Boivin et Dugès ont relaté un cas très net où les attouchements répétés du clitoris avaient précédé l'invasion du néoplasme.

Quelques auteurs ont incriminé les écoulements leucorrhéiques par l'irritation persistante qu'ils produisent.

Hutchinson a prétendu que chez une femme syphilitique, des plaques muqueuses avaient pu fournir une porte d'entrée au cancer. Devons-nous être aussi affirmatif? Nous ne le croyons pas ; car, étant donné actuellement le grand nombre de femmes syphilitiques qui présentent toutes sortes d'accidents aux parties génitales, on aurait le droit de s'étonner que le cancer fût aussi rare. Depuis l'observation d'Hutchinson, nous n'avons retrouvé que celle du D<sup>r</sup> Ballenghien.

On a raconté aussi que, chez certaines malades, l'infection avait pu se faire par des plaques de psoriasis vulvaire ; tels les cas de Debove, Jouin, Saint-Philippe et plus récemment encore celui de Reclus.

Comme cas de traumatisme, nous avons celui de West où une ulcération épithéliomateuse fut consécutive à une chute sur l'angle d'une chaise.

Dans son mémoire, R. Taylor admet l'influence du traumatisme, d'une lésion congénitale, d'une anomalie de structure des parties et même d'un simple processus hyperplasique, sans cependant rien affirmer de positif.

Dans sa thèse sur « l'Épithélioma pavimenteux des cicatrices », Durand montre la possibilité d'une infection maligne par une vieille cicatrice.

L'observation, qui est due à Lancial de Lille a trait à une femme chez qui l'épithélioma avait débuté au niveau d'un ancien phlegmon de la grande lèvre droite.

Signalons, enfin, en n'y ajoutant qu'une importance relative, les cas où la tumeur serait due soit à un prolapsus utérin, soit à des calculs vésicaux et uréthraux, et le cas de Ribéri, où un cancer se serait développé chez une femme de 48 ans sur une tumeur bénigne existant depuis l'enfance.

Quant à l'hérédité et aux autres causes générales, nous ne les étudierons pas ici, car il est certain qu'elles sont les mêmes à la vulve que sur les autres parties du corps.

M. le professeur Tédénat a observé deux faits d'épithélioma des petites lèvres chez des femmes qui avaient depuis plusieurs années des végétations. Chez l'une d'elles, âgée de 48 ans, l'excision complète des petites lèvres donna lieu à une guérison rapide qui se maintenait quatre ans après. L'autre malade refusa toute opération et au bout de huit ou dix mois la grande lèvre droite était complètement détruite. La malade succomba à des hémorragies abondantes qui s'étaient produites au niveau des ganglions inguinaux ulcérés.

Pour nous, nous pensons que le plus souvent, le prurit vulvaire doit seul être mis en cause. Beaucoup de malades, en effet, comme on peut le constater par les observations, vont consulter un médecin, pour de violentes démangeaisons aux parties, démangeaisons qui les obligent, disent-elles, « à se gratter jusqu'à s'arracher la peau ».

---

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anatomie pathologique des tumeurs malignes de la vulve est généralement mal étudiée dans les observations. Le diagnostic de cancer de la vulve est porté, et c'est tout ; l'autopsie n'est pas faite ou n'est pas relatée ; de même pour les examens microscopiques. Les rares notes d'anatomie pathologique sont incomplètes et portent simplement épithélioma, sarcome, sans qu'il soit spécifié à quelle variété ou à quelle forme de tumeur on a affaire. Cependant, grâce aux progrès de l'anatomie pathologique, une réaction tend à se produire, et les observations actuelles portent presque toujours un examen microscopique de la tumeur. Aussi cette notice sera-t-elle nécessairement brève et incomplète, et il est impossible qu'il en soit tout autrement dans l'état actuel de la science sur cette question.

Dans les tumeurs malignes autrefois désignées sous le nom de cancer, on distingue aujourd'hui le sarcome, le cancer épithélial ou épithéliome, et le cancer proprement dit ou carcinome.

Nous les étudierons dans leur ordre de fréquence, c'est-à-dire dans le suivant : épithéliome, carcinome, sarcome.

### I. EPITHÉLIOMES

Les auteurs reconnaissent généralement plusieurs formes parmi les épithéliomes (épithélioma, cancroïde, noli me tangere, cancer des ramoneurs), ce sont : l'épithélioma lobulé, l'épithélioma tubulé, l'épithélioma perlé et l'épithélioma cylindri-

que. Ce dernier ne se développant que sur les muqueuses revêtues d'un épithélium à cellules cylindriques, ce qui n'est pas le cas ici, nous n'aurons pas à nous en occuper.

L'épithélioma perlé est une rareté anatomo-pathologique ; il est de plus sans malignité. Il n'a jamais été, du reste, observé à la région génitale de la femme.

Restent l'épithélioma tubulé et l'épithélioma lobulé.

Le premier se présente ordinairement sous la forme d'une tumeur arrondie, sphérique ou ovoïde, avec une coloration grisâtre, mais sans caractère bien marqué. Il est constitué par des cylindres pleins de cellules épithéliales pavimenteuses ne subissant pas l'évolution épidermique ; ces cylindres, anastomosés entre eux, sont logés dans un stroma de tissu embryonnaire, de tissu muqueux ou de tissu fibreux. Cette tumeur est moins grave que la suivante.

L'épithélioma lobulé, le plus grave, en effet, des épithéliomas pavimenteux, est heureusement plus rare que le précédent.

C'est généralement une tumeur blanchâtre, granulée, friable, et que, pour cette raison, Cruveilhier avait appelé cancer friable. Au râclage, on obtient une substance granuleuse, ne se mêlant pas à l'eau, ce qui la distingue du suc carcinomateux. La tumeur est constituée par des travées de cellules épithéliales, renflées par endroits, pour former des lobules ; ces cellules ont des filaments d'union et s'engrènent comme celles de la couche de Malpighi ; au niveau des lobules, elles subissent de dehors en dedans l'évolution épidermique, c'est-à-dire que les plus extérieures sont cylindriques et perpendiculaires, avec des filaments d'union ; mais au centre, elles sont aplaties, leur noyau s'est atrophié ; elles sont serrées les unes contre les autres pour constituer une sphère centrale connue sous le nom de globe épidermique.

Parfois on trouve au milieu de ces cellules, à la place du globe épidermique, une ou plusieurs cavités remplies de cellu-

les épithéliales pavimenteuses, ramollies au centre. Parfois même, toute apparence cellulaire disparaît complètement pour faire place à une masse jaunâtre sans structure, d'aspect colloïde, avec des noyaux jaunâtres libres. Il y a une tendance assez marquée à cette dégénérescence colloïde dans les épithéliomas vulvaires.

Dans quelques cas, on a vu le néoplasme se montrer en trames disséminées et ressembler en certains points à du tissu conjonctif enflammé.

Dans toutes ces formes, les lobules épithéliaux sont entourés d'un stroma de tissu embryonnaire ou fibreux.

C'est à l'épithélioma lobulé que nous croyons devoir rapporter la curieuse tumeur suivante, dont nous trouvons la description dans une observation : le pédicule qui attachait le néoplasme au clitoris était constitué par un tronc gros et court de tissu conjonctif, qui se divisait bientôt en plusieurs branches, lesquelles se subdivisaient à leur tour en plusieurs branches, et ainsi de suite jusqu'à des divisions de quatrième et cinquième ordre. Le tout formait un réseau à grandes mailles remplies de cellules épithéliales dont les plus superficielles rappelaient celles du clitoris normal.

On a recherché la cause de ces tumeurs et on a décrit, comme pouvant être leur point de départ, des corpuscules qui ont été appelés Coccidies (parasites du règne animal). D'après M. le Professeur Kiener, ces corpuscules ne seraient que des cellules épithéliales à un certain moment de leur évolution. La tumeur est bien infectieuse ; mais on ne connaît pas encore l'élément infectieux.

D'autres auteurs ont donné ce nom de coccidies à des figures arrondies contenant des éléments mal définis, dont quelques-unes seraient contenues dans les cellules ; ce serait là la période d'enkystement du parasite.

Pour M. Kiener, ce ne sont que des cellules épithéliales en dégénérescence colloïde.

Nous avons insisté un peu longuement sur les épithéliomes, car ce sont les plus fréquentes parmi les tumeurs des organes génitaux externes de la femme. Le carcinome et le sarcome seront vus plus rapidement.

## II. CARCINOMES

Les carcinomes sont des tumeurs qui, lorsqu'on les râcle, donnent un suc crémeux, lactescent, se mêlant à l'eau. Dans les observations, on trouve le mot « squirrhe ou carcinome ». Ce dernier mot est-il synonyme du premier, ou lui est-il, au contraire, opposé ? C'est ce que nous ne saurions dire.

En tout cas, le squirrhe seul, expressément cité (observation de Melchiori), ne se distingue par aucun caractère spécial à la vulve, c'est-à-dire qu'il est formé par un stroma fibreux très développé, formant des alvéoles petites et contenant un petit nombre de cellules polymorphes, arrondies, en raquette, en fuseau, etc.) C'est dire aussi qu'il est facile de confondre le carcinome avec une autre variété de tumeur maligne et que le diagnostic de carcinome doit être porté avec réserve.

Dans ces derniers temps, on a signalé plusieurs cas de carcinomes mélaniques, qu'on aurait, paraît-il, confondu quelquefois avec des mélano-sarcomes. Mais, ici encore, rien de particulier, c'est-à-dire que nous trouvons des cellules polymorphes nombreuses pour un stroma moins développé (encéphaloïde), le tout infiltré de granulations pigmentaires mélaniques.

### III. SARCOMES

Parmi les nombreuses formes de sarcomes, le sarcome fasciculé et le sarcome mélanique ont seuls été rencontrés à la vulve. Cependant Schroeder, dans son *Traité sur les maladies des organes génitaux de la femme*, cite deux cas de sarcomes mamelonnés de la vulve, dus à Mayer de Berlin.

Le sarcome fasciculé (sarcome fuso-cellulaire de Virchow, tumeur fibro-plastique de Lebert) ne présente pas ici de caractère bien saillant. Il est formé de cellules allongées, fusiformes, réunies et appliquées les unes contre les autres, de manière à constituer des faisceaux parallèles ou s'entre-croisant dans toutes les directions et séparés par une substance fondamentale, probablement conjonctive, peu abondante. Les vaisseaux sanguins suivent la direction des faisceaux, qui sont arrangés autour d'eux comme autour d'un axe.

Le sarcome mélanique ou mélano-sarcome n'est qu'un sarcome soit globo-cellulaire, soit fuso-cellulaire, ayant subi une infiltration de pigment mélanique.

Le point de départ est souvent un *nœvus pigmentaire*.

La première période est assez lente et dure souvent pendant des années ; la tumeur grossit peu à peu, mais sans atteindre de grandes dimensions. La généralisation survient ensuite. Elle est rapide et peut se faire dans tous les organes.

Lorsque le mélano-sarcome a été opéré, et qu'il récidive, il est moins pigmenté que la première fois. Après plusieurs opérations successives, il peut récidiver non coloré.

Le pigment qui infiltre les cellules a plusieurs réactions communes avec le pigment de la malaria, qui, on le sait, dérive de l'hémoglobine. Le pigment provient donc fort probablement de l'hémoglobine, mais indirectement. Les cellules absorbe-

raient l'hémoglobine, lui feraient subir certaines modifications et secrèteraient ensuite le pigment. Ce serait là une propriété anormale, morbide, de la cellule.

C'est un sarcome fibre-plastique, constitué par des faisceaux formés tantôt de cellules rondes, tantôt de longues cellules fusiformes, contenant du pigment. Le pigment augmente quand la tumeur grossit. Les cellules s'affaissent peu à peu et lorsque la tumeur est ancienne, elles finissent par disparaître. On n'a plus alors que des granulations considérables de pigment contenues dans des mailles de tissu cellulaire.

Dans son observation, R. Taylor raconte ainsi le résultat des recherches microscopiques :

« Dans mon cas, le diagnostic microscopique est sarcome mélanotique à cellules petites et fusiformes. Les amas pigmentaires de la tumeur, à nuance noire et grise, étaient constitués par des nids de cellules étroitement agrégées, petites, fusiformes, disséminées dans un stroma peu abondant. Sur aucune préparation, on ne retrouvait le revêtement épithélial de la région vulvaire. A la fois stroma et éléments cellulaires contenaient des amas plus ou moins considérables de pigment brunâtre. En certains points, la préparation était relativement dépourvue de matière pigmentaire. En d'autres, par contre, il était fort difficile de découvrir autre chose que des accumulations de pigment.

Dans le cas de Goth, le diagnostic anatomique fut « sarcome alvéolaire mélanotique. »

« Dans celui de Terrillon on constate la présence des cellules rondes du mélano-sarcome. En outre, l'examen du sang et de l'urine y décele la présence de petites colorations noirâtres. »

## SYMPTOMATOLOGIE

De la lecture des observations, il ressort que les tumeurs malignes de la vulve débutent d'une façon assez lente et assez insidieuse, pour que la malade ne s'aperçoive de son mal que lorsqu'il a fait des progrès réels. Deux symptômes, surtout, attirent son attention du côté des parties génitales : un prurit désagréable qui provoque des démangeaisons violentes, tantôt ne laissant jamais de trêve, tantôt présentant des périodes de calme, bientôt interrompues par des périodes d'exacerbation.

Au bout de quelque temps, la malade découvre une petite tumeur, un bouton qu'elle gratte constamment, et qui ne tarde pas à s'ulcérer. Dès ce jour, l'affection progresse vite. L'ulcération gagne de proche en proche, s'attaquant surtout aux muqueuses voisines.

D'autres phénomènes peuvent masquer le début de la maladie. Tel est le cas de Winckel, où une femme ne se plaignait que de douleurs sacro-lombaires ; l'examen seul fit découvrir une tumeur ulcérée au pourtour du méat urinaire. Dans beaucoup de cas, la douleur accompagne les phénomènes du début, douleur qui siège indifféremment aux aînes, dans tout le bassin, le long des cuisses.

Si la tumeur a débuté par les organes urinaires, les troubles de la miction, seuls, ouvriront la scène.

Pendant ce temps, le cancer se développe, formant tantôt une tumeur à pédicule plus ou moins large, tantôt une plaque de petites saillies verruqueuses, dures, qui s'étendent sur la vulve. Lorsque la tumeur est unique, elle est de consistance ferme, et peut affecter différentes grosseurs, depuis celle d'un

haricot jusqu'à celle d'un œuf de poule. Lorsqu'elle est formée de plusieurs lobes, la tumeur a un aspect irrégulier, anfractueux, à bourgeons recouverts d'une peau jaunâtre, qui suintent un liquide purulent.

Telle est la forme nodulaire de l'épithélioma. A côté de celle-là, on rencontre assez souvent la forme ulcéreuse. L'ulcération peut gagner en profondeur, et présenter des recoins anfractueux d'aspect rouge violacé ; ou bien en superficie, et, dans ce cas, l'ulcération est surélevée au-dessus des parties voisines, et ses bords en sont irréguliers, saillants, recouverts de bourgeons qui saignent au moindre contact. Dans les deux cas, le fond de la tumeur épaissi, présente une dureté ligneuse bien caractéristique.

Il n'est pas rare de rencontrer autour de la plaie des plaques de psoriasis.

Presque toujours des écoulements leucorrhéïques ou sanguinolents, d'odeur infecte, viennent compliquer la situation, et rendre le séjour des malades insupportable à ceux qui les environnent. Cependant, les observations où il n'y avait absolument aucune perte ne sont pas rares.

Les symptômes du mélanosarcome sont plus modérés. Toutefois, d'après Taylor, ils pourraient donner lieu à des hémorragies plus ou moins abondantes.

Quelle que soit la variété qu'elle affecte, lorsque la tumeur envahit les organes génitaux et urinaires, il est facile de deviner quelles sont les conséquences qui en résultent. Les mictions sont pénibles, douloureuses, et peuvent aller jusqu'à la dysurie. L'urine, en s'écoulant sur les ulcérations, cause une sensation de brûlure tellement insupportable, que les malades se retiennent le plus possible. Les rapports sexuels sont douloureux, et la marche elle-même devient difficile, à cause des frottements qu'elle détermine.

A une période plus avancée, la maladie envahit les gan-

glions, et dès lors, si une intervention large ne vient pas supprimer cette nouvelle cause de propagation, la mort n'est plus qu'une question de jours.

Les ganglions sont primitivement petits et durs ; la pression à leur niveau ne cause aucune douleur. Peu à peu, ils augmentent de volume et offrent quelquefois l'aspect d'une grosse masse ganglionnaire, saillant au pli de l'aîne.

Les auteurs avaient jusqu'à présent rarement constaté une ulcération au niveau de ces ganglions indurés. M. Tédénat a rencontré quelquefois, dans les épithéliomas des petites lèvres, la transformation puriforme aiguë des ganglions lymphatiques. Elle s'annonce par des douleurs lancinantes, un ou plusieurs frissons et un gonflement rapide. En trois, cinq jours, la peau s'ulcère et un liquide sanieux et purulent s'écoule. Au bout de quelques jours des végétations se montrent qui indiquent qu'on a affaire non à un bubon franc, mais à une dégénérescence épithéliomateuse.

M. Tédénat attribue la marche aiguë à la présence des microorganismes de la suppuration.

La généralisation ne se fait pas de la même manière pour toutes les tumeurs malignes. Très lente pour l'épithélioma, elle offre au contraire une marche assez rapide dans le carcinome et le mélano-sarcome.

Tant que les ganglions sont restés indemnes, le malade a pu résister, surtout si son état général est bon. Mais du jour où le cancer s'étend du côté du périnée et de l'anus, il y a à craindre une prompte généralisation dans le tube digestif avec toutes ses conséquences : diarrhée, incontinence de matières fécales, etc. D'autres fois le néoplasme, partant du clitoris, arrive jusqu'à la symphyse pubienne, derrière laquelle il s'étend de plus en plus. Dès lors le tissu cellulaire prévésical antérieur, le col de la vessie, ne tardent pas à être atteints par le néoplasme.

C'est alors également que l'ulcération occupe une large surface. Les grandes et petites lèvres, la partie antérieure du vagin, le méat urinaire, disparaissent et sont devenus méconnaissables sous les végétations cancéreuses.

La sécrétion ichoreuse est abondante, les hémorragies se répètent, constituant un danger permanent. L'état général s'altère de plus en plus, et la cachexie ne tarde pas à emporter la malade dans d'horribles souffrances.

---

## DIAGNOSTIC

Si l'on considère la gravité d'une affection maligne et, par suite, la nécessité d'une décision prompte dans le cas d'une intervention possible, on comprendra aisément que, mis en présence d'une affection quelconque de la vulve, le médecin doit pouvoir, rapidement et sur des bases précises, établir son diagnostic, d'où l'importance de ce diagnostic.

Deux questions se posent : 1° A-t-on affaire à une tumeur bénigne qui n'a aucune tendance à se généraliser ou à envahir les parties voisines, qu'une simple opération sans gravité enlèvera, généralement, pour toujours ; ou bien se trouve-t-on en présence d'une tumeur maligne qui, abandonnée à elle-même, s'étendra soit en superficie, soit en profondeur, envahira les viscères, se généralisera dans l'économie et emportera la malade par cachexie cancéreuse ? 2° Est-ce un épithélioma, un carcinome, un sarcome ?

Suivant donc cet ordre d'idées, nous allons examiner successivement les diverses affections de la vulve qui peuvent avoir quelques points de ressemblance avec les lésions cancéreuses.

Tout d'abord, il faut considérer l'aspect extérieur de la tumeur, se renseigner sur sa marche, son début, et examiner attentivement par la palpation, les caractères soit de la tumeur elle-même, soit des régions voisines. A côté de celles-là, il est d'autres considérations que l'on ne doit pas négliger, l'âge, les prédispositions héréditaires, les diathèses possibles (syphilis, scrofule, tuberculose, arthritisme). De même il est évident qu'un diagnostic sera encore plus complet quand on se sera rendu

compte de l'état des organes voisins, vagin, utérus, vessie, rectum, etc.

Si nous passons maintenant aux affections qui se rencontrent à la vulve, nous avons :

Les « varices de la vulve. » Elles peuvent quelquefois, soit par les démangeaisons auxquelles elles donnent lieu, soit par la coloration bleuâtre qu'elles communiquent aux tissus, faire croire à une tumeur maligne. L'absence de lésions ulcéra-tives, de tumeur du petit bassin, quelle que soit sa nature, l'as-pect normal des régions voisines, permettront d'éviter la confusion.

Les « hernies des grandes lèvres », quoique très rares, peu-vent simuler une tumeur. Il suffira de faire coucher la ma-lade et d'opérer la réduction pour voir disparaître la hernie.

Les « tumeurs vasculaires » de la vulve sont loin de présenter la même consistance que le cancer. Assez molles en général, elles peuvent, sous l'influence d'une menstruation abondante, d'un effort brusque, présenter une turgescence particulière.

Il n'est pas rare de rencontrer aussi une « hypertrophie du clitoris. » Or, le cancer débutant souvent par cette partie, on peut être tenté de commettre une erreur, bien facile à évi-ter, d'ailleurs, en examinant un peu la région. Le clitoris hyper-trophié a une forme régulière ; au toucher, il est ferme et lisse. Bien différent est le clitoris atteint par la dégénérescence cancé-reuse : il est mou, sans consistance, recouvert de bourgeons rougeâtres, toujours baignés par un liquide d'odeur nauséa-bonde et que le moindre contact fait saigner.

A côté de l'hypertrophie du clitoris, le docteur Daniel Mol-lière, de Lyon, signale la possibilité de rencontrer, parfois, chez les femmes qui se livrent journellement à la prostitution, certaines taches noirâtres, situées au pourtour des organes génitaux externes, et qui ne seraient, en réalité, que des traces d'anciens traumatismes.

Quant aux fibromes, adénomes, fibro-myxomes, etc., nous en ferons plus loin le diagnostic avec celui de toutes les tumeurs bénignes en général.

Les « kystes lobulés », les « abcès de la glande vulvo-vaginale », abandonnés à eux-mêmes, peuvent très bien, dans le cours de leur évolution, amener l'amincissement, puis le sphacèle de la paroi antérieure, et s'ulcérer en donnant lieu à un écoulement purulent. En même temps, les tissus peuvent s'enflammer tout autour et présenter une légère induration. A cette période, les kystes ulcérés ressemblent fort à une tumeur maligne. Dans ce cas, il faudra analyser bien attentivement les débuts de l'affection, en ayant soin de ne pas oublier (la preuve en a été donnée dans quelques observations), que ces kystes et ces abcès peuvent fort bien subir une dégénérescence et devenir le point de départ d'une tumeur maligne.

On rencontre encore à la vulve des végétations ou papillomes, affectant toutes les formes, depuis celles de crêtes de coq, rouges, violacées parfois, jusqu'à celles de polypes énormes, à pédicule situé dans le vagin et venant saillir entre les grandes lèvres, comme certaines tumeurs malignes pédiculées. De plus, l'inflammation chronique occasionnée par ces végétations, peut se communiquer aux ganglions inguinaux et en amener la tuméfaction. Généralement des pertes leucorrhéiques ou blennorrhagiques accompagnent ces végétations, pertes, qui chez certaines gens, peuvent affecter une odeur fétide. Or, c'est presque toujours de ce côté, écoulements et manque de propreté, que l'on doit rechercher l'origine de ces papillomes. Qu'une femme atteinte de vaginite chronique, de blennorrhagie, n'ait aucun souci d'éviter par des lavages répétés, cette source permanente d'irritation le long des organes génitaux, ces végétations persisteront, et même enlevées, elles récidiveront rapidement. Par contre, que la femme observe rigoureusement les règles de la propreté, ces végéta-

tions disparaîtront. Un autre caractère servira à différencier ces papillomes. C'est qu'ils apparaissent indistinctement à tous les âges, tandis que les végétations d'origine maligne se montrent surtout à la ménopause.

Le « chancre mou » offre les caractères suivants : sa base n'est pas indurée, comme celle de l'ulcération cancéreuse, sa marche est plus rapide ; il s'accompagne de bonne heure d'adénites inguinales venant ordinairement à suppuration. De plus, quoique ce moyen présente certains dangers, il est inoculable à distance. Enfin, pour employer la pittoresque expression de Ricord citée dans tous les ouvrages, mais que nous rappellerons néanmoins parce qu'elle est très juste, le « chancre mou vit en famille. »

Nous arrivons maintenant à trois grandes affections, qui offrent parfois de telles ressemblances avec les affections malignes qu'elles donnent lieu souvent à des erreurs de diagnostic. Nous voulons parler de la syphilis, de la scrofule et de la tuberculose.

Dans la syphilis, deux lésions principales, le chancre induré et les gommes syphilitiques tertiaires de la vulve peuvent être confondues avec les ulcérations cancéreuses.

Le fond du « chancre induré » est gris, pultacé ; sa surface est à peu près sèche, ses bords sont presque réguliers. Le cancer a un fond rougeâtre, recouvert quelquefois de bourgeons. Ses bords sont très irréguliers et déchiquetés. Sa surface est constamment baignée par un suintement fétide. Le fond du premier présente une induration qui ne s'étend pas au delà du chancre. L'induration du cancer présente une dureté typique qui lui a fait donner le nom de ligneuse ; de plus, elle a des limites plus larges et moins nettes.

Le chancre induré, à marche rapide, s'accompagne de bonne heure d'engorgement ganglionnaire. Dans le cancer, à marche

relativement lente, les ganglions ne se prennent qu'à une période avancée.

L'un n'est précédé par rien, ne s'accompagne jamais d'hémorragies, ne donne lieu qu'à une petite ulcération bien délimitée autour de laquelle la peau est saine. Le cancer est précédé de démangeaisons terribles, se complique d'hémorragies plus ou moins abondantes, et offre à la vue une surface ulcérée, autour de laquelle la peau est plissée, rouge et même fissurée.

Enfin, dans le chancre induré on obtient des résultats merveilleux par un traitement interne approprié, tandis que la marche du cancer n'est influencée par aucun traitement.

Quant aux « gommes syphilitiques tertiaires » ulcérées, elles coexistent ordinairement avec d'autres lésions.

L'« esthiomène ou lupus vulvaire » est, sans contredit, l'affection la plus difficile à différencier du cancer. Il y a cependant certains caractères grâce auxquels, dans bon nombre de cas, la confusion pourra être évitée.

L'ulcération cancéreuse gagne du côté des muqueuses et n'abandonne que très rarement la vulve proprement dite. Toute autre est la marche de l'esthiomène ; ses lésions s'étendent vers les aines, les cuisses, le pubis, etc. Une remarque importante, c'est que l'esthiomène peut très bien disparaître par la réparation et la cicatrisation des tissus malades ; tandis que le cancer progresse invariablement, détruit toujours et ne répare jamais. Dans le lupus, les liquides ont une odeur bien moins fétide. L'esthiomène est indolore, le cancer est douloureux.

On représente généralement l'esthiomène comme une maladie de l'âge adulte. Le cancer, à de rares exceptions près, n'apparaît que dans la seconde moitié de la vie.

Enfin, l'esthiomène étant considéré comme une manifestation de la scrofule, un examen attentif de tout le corps pourra faire découvrir des lésions chroniques, soit du côté du cou,

siège habituel d'adénites scrofuleuses, soit du côté des yeux, du nez, des oreilles, soit même du côté de la face où le lupus se montre souvent.

Il en est de même pour la « tuberculose » des organes génitaux. Constituées par un fond granuleux gris, pouvant présenter autour d'elles ce semis de points jaunâtres qui, d'après M. le Professeur Trélat, en serait la caractéristique, les ulcérations tuberculeuses ne seront bien souvent confirmées que par l'examen approfondi des viscères qui mettra fin à un diagnostic douteux.

Nous terminerons cet énoncé, peut-être un peu long, mais, selon nous, nécessaire et réellement utile par l'exposé de quelques caractères de tumeurs bénignes et malignes, mis en parallèle par M. le Professeur Massé, de Bordeaux, à propos des tumeurs du sein, mais pouvant s'appliquer aussi à celles de la vulve.

| TUMEURS BÉNIGNES                                                 | TUMEURS MALIGNES                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sont limitées par une capsule fibreuse et glissent sous la peau. | Sont mal limitées et adhèrent aux parties profondes.                                               |
| Leur forme est souvent lobulée.                                  | Leur forme est irrégulière.                                                                        |
| S'ulcèrent tard.                                                 | S'ulcèrent de bonne heure.                                                                         |
| Les bourgeons de ces ulcérations sont ordinairement pédiculés.   | Les bourgeons cancéreux ont une large base.                                                        |
| Pas d'engorgement ganglionnaire.                                 | Engorgements ganglionnaires multiples.                                                             |
| Pas de récurrence après l'ablation, pas de généralisation.       | Récidivent. Généralisation dans les viscères. Productions cancéreuses dans des organes éloignés.   |
| La menstruation a été souvent irrégulière.                       | Le plus souvent, il n'a existé aucun trouble dans les menstrues.                                   |
| Des tumeurs volumineuses peuvent se développer sans douleur.     | Ces tumeurs, quoique assez petites, s'accompagnent quelquefois de douleurs lancinantes très vives. |

| TUMEURS BÉNIGNES                                                                       | TUMEURS MALIGNES                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Ces tumeurs peuvent être très volumineuses sans s'ulcérer.                             | S'ulcèrent, bien qu'ayant un petit volume.                 |
| Les tumeurs bénignes se développent chez de jeunes femmes.                             | Se développent fréquemment après la ménopause.             |
| Les femmes atteintes de tumeurs bénignes peuvent conserver la fraîcheur de leur teint. | Les malades atteintes de cancer ont un teint jaune paille. |
| Il n'y a pas de cachexie.                                                              | Le cachexie est la conséquence du cancer ulcéré.           |

La deuxième question que nous nous sommes posée au début de ce chapitre : « A quelle variété de tumeur maligne a-t-on affaire ? » ne se résout bien qu'avec le secours de l'anatomie pathologique. On détache une petite partie de la tumeur et on en fait des coupes que l'on soumet à l'examen microscopique. Toutefois, ce moyen ne doit être employé que le plus rarement possible, car il est reconnu que lorsqu'on touche à une tumeur maligne sans l'extirper entièrement, la marche en est aggravée et précipitée.

A côté de cette ressource suprême, il y a cependant quelques caractères qui suffiront dans certains cas.

Le propre du carcinome, selon M. Picqué, serait d'évoluer bruyamment, en s'accompagnant d'hémorragies abondantes, de douleurs vives, d'un écoulement ichoreux très fétide, de l'engorgement ganglionnaire précoce, et en amenant la cachexie de très bonne heure.

L'épithélioma et le sarcome ont une marche assez lente. Les ganglions ne sont envahis que tardivement et le retentissement dans l'économie est assez long à se manifester.

Le carcinome gagne dans la profondeur, le sarcome bourgeonne vers la superficie.

La différence entre le mélano-sarcome et le mélano-carcinome n'est pas aussi nette ; on a déjà vu que la confusion

n'avait pas toujours été évitée. Cependant il est bon de se rappeler, selon les remarques de M. Taylor, que le mélanocarcinome affectionne les surfaces cutanées (grandes lèvres et leur jonction avec les muqueuses). En outre, le mélanocarcinome évolue plus rapidement que le mélanosarcome des mêmes régions.

---

## PRONOSTIC

Dans la pratique, s'il est des circonstances où le médecin doit être réservé dans son pronostic, assurément ce sera surtout lorsqu'il se trouvera en présence d'une tumeur dont les caractères auront nettement révélé la nature maligne. Jamais affection n'a fourni plus d'insuccès et de déboires que celle-là. Que d'exemples n'avons-nous pas, de récidives survenues quelques mois après l'opération, alors qu'un examen attentif, ne découvrant rien de suspect du côté des ganglions, permettait de concevoir quelque espoir sur le résultat de l'intervention ?

La réserve que l'on doit observer en pareil cas sera plus grande encore lorsqu'il s'agira d'une tumeur maligne de la vulve. Cela tient à la structure de ses tissus, qui, par leur richesse vasculaire, par leurs rapports immédiats avec des groupes importants de ganglions lymphatiques, offrent un terrain éminemment favorable au développement rapide d'une affection maligne.

On doit tenir compte du siège de la tumeur. Le pronostic sera évidemment moins défavorable si elle est localisée dans une portion des grandes lèvres, relativement facile à extirper, que si elle s'est développée aux dépens du vagin ou de l'urèthre. De même, si la tumeur est jeune, de peu d'étendue, il y aura plus d'espoir que si l'on a affaire à un néoplasme volumineux, ancien, fortement adhérent aux tissus sous-jacents et compliqué d'engorgements ganglionnaires multiples.

L'âge de la malade, l'état général de l'organisme ont aussi

leur influence sur la marche de la maladie ; et il est parfaitement avéré que chez une jeune femme, le cancer évolue plus facilement que chez une malade d'un âge avancé.

Enfin, le pronostic devra s'éclairer de la nature anatomique de la tumeur, et varier suivant que l'on aura affaire à une forme carcinomateuse ou à une forme sarcomateuse.

Comme conclusion, nous estimons qu'en présence d'une tumeur maligne de la vulve, dont la marche fatalement progressive entraîne la mort à une période plus ou moins éloignée, le pronostic ne doit jamais être absolument favorable. Tout au plus, pourrait-on, dans un cas heureux, espérer une survie de quelques années.

### MARCHE. DURÉE. TERMINAISON. COMPLICATIONS

La marche du cancer est généralement lente. La période latente peut durer longtemps et aller même, si la tumeur du début ne s'ulcère pas, jusqu'à cinq et dix ans. Mais du jour où cette ulcération se montre, les accidents apparaissent et se succèdent assez rapidement.

Abandonnée à elle-même, la maladie se termine par la mort, qui survient au bout de deux ou trois ans. Quant à la guérison, nous ne saurions l'admettre d'une façon absolue et définitive. M. le docteur Cornil a dit : « L'épithélioma tubulé peut être assez superficiel pour guérir, en laissant une cicatrisation complète, sur une portion considérable de la peau. La partie ulcérée elle-même donne une preuve de la possibilité de la cicatrisation, car le centre de l'ulcération ne diffère pas d'une plaie de bonne nature, et l'inflammation après la destruction et l'élimination de masses épithéliales, ne s'étend pas au-delà du derme ». Et il donne l'exemple d'une malade, atteinte d'épithélioma de la vulve s'étant parfaitement cicatrisé. Malheureusement, de pareils cas sont rares dans la science, si rares même qu'on ne peut en conclure d'une façon positive à la possibilité d'une guérison stable.

Pour nous, nous pensons qu'une opération prématurée peut amener une amélioration non équivoque pendant quelque temps, mais que, d'une façon générale, la récurrence se fait, soit sur place, soit à distance. S'il est certaines observations qui signalent la guérison définitive, pourra-t-on nous affirmer

que les malades ont été suivies avec soin pendant quelques années ?

Les complications sont de deux sortes : les unes, indépendantes de l'affection qui nous occupe, telles qu'une lésion cardiaque, une grossesse, une diathèse ; les autres, consécutives à l'extension des lésions cancéreuses. Si la tumeur siège spécialement sur le clitoris, on comprend aisément que la masturbation, les manies érotiques, les excitations sexuelles répétées, qui en sont la conséquence, pourront, à un moment donné, amener de profondes perturbations dans le système nerveux. Si elle atteint les voies urinaires, le rectum, on aura les mictions pénibles, l'incontinence d'urine, des matières fécales.

Enfin, si la lésion gagne en profondeur du côté du vagin, on pourra avoir, avec les fistules recto ou vésico-vaginales, une perforation d'un cul-de-sac qui entraînera une péritonite mortelle.

---

## TRAITEMENT

Le traitement des tumeurs malignes de la vulve est un des points les plus intéressants de notre travail, et, sans contredit, le plus utile. Les opinions sur ce sujet sont si nombreuses et si divergentes, que nous avons cru bien faire en nous y étendant un peu longuement. En outre, pour plus de clarté, nous avons divisé cette étude en trois parties.

### I. NÉCESSITÉ D'UNE INTERVENTION CHIRURGICALE. — SES INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

Dans la grande majorité des cas, il faut intervenir et surtout intervenir largement. Si, à l'examen d'une malade, le médecin constate que la tumeur est petite, et que l'état général est bon et non encore débilité par les progrès du mal, son devoir est tout tracé : il doit opérer. Agir autrement, serait refuser à la malade le bénéfice d'une prolongation d'existence qui peut aller jusqu'à plusieurs années. Et alors même que l'étendue et l'importance des lésions doivent faire craindre une récurrence à brève échéance, ne sera-ce pas un soulagement pour la femme que de ne plus avoir sous les yeux, pendant quelques jours, le spectacle triste et décourageant d'un mal incurable, avec son cortège de symptômes douloureux ?

Toutefois, l'abstention s'impose, lorsque le sujet est dans un état de cachexie tellement avancé, que la moindre opération hâterait le dénouement, lorsque la tumeur n'est pas nettement

limitée et que l'on n'est pas certain de l'enlever en totalité, et enfin lorsque l'opération, pour être complète, devrait entraîner de trop grands délabrements et toucher à des organes importants.

Il serait aussi très imprudent d'intervenir dans le cas où une maladie intercurrente, telle que le diabète, l'albuminurie, se verrait, sous le coup de fouet d'une opération, aggravée au point de mettre les jours de la malade en danger. Le remède serait alors pire que le mal.

Mais à part ces contr'indications formelles, il faut opérer.

## II. TRAITEMENT CHIRURGICAL

Pour être complète, l'opération doit comprendre deux temps : l'enlèvement de la tumeur, l'enlèvement des ganglions du pli de l'aîne, si ces derniers sont dégénérés.

1° *Enlèvement de la tumeur. — Principales méthodes qui sont employées. — Leurs inconvénients. — De l'association du bistouri et du thermo-cautère.*

Nombreux sont les procédés qui ont été mis en usage pour l'enlèvement d'une tumeur maligne. Pour ne citer que les principales, nous avons :

- La cautérisation par les caustiques ;
- La cautérisation par l'électricité (galvanocaustie) ;
- La cautérisation par le feu (thermo-cautère) ;
- L'écrasement linéaire ;
- L'opération sanglante par le bistouri.

Dans la cautérisation par les caustiques, on s'est servi indifféremment du chlorure de zinc, du nitrate acide de mercure, de la poudre de Vienne, de la pâte de Canquoin. C'est un procédé très infidèle dans ses résultats. Les cautérisations, pour

être utiles, doivent être répétées plusieurs fois. Elles n'agissent qu'à la longue, causant pendant tout ce temps des douleurs assez fortes, et finalement ne mettent pas à l'abri d'une hémorragie secondaire, lorsque l'escharre vient à se détacher.

La « galvanocaustie » est préférable ; mais elle a aussi ses inconvénients. Son usage assez délicat ne s'accommode pas aux diverses parties de la vulve, et ce n'est guère que dans les tumeurs malignes à pédicule qu'elle peut être employée. En outre, la cautérisation agit d'une façon inégale ; poussée trop rapidement, elle ne préserve pas d'une hémorragie.

L'« écraseur linéaire », innové par Chassaignac, a beaucoup de rapports avec la galvanocaustie au point de vue des résultats, tout en ayant l'avantage de moins exposer aux pertes de sang. Son principal défaut, c'est de ne pas être applicable à tous les cas.

Le « thermo-cautère », fort employé de nos jours, a certainement une valeur incontestable sur toutes les méthodes précédentes ; et ce qui le prouve, c'est la préférence qu'on lui a accordée dès son invention et le discrédit dans lequel les autres procédés sont tombés depuis. De nos jours encore, nous avons constaté dans les thèses des D<sup>rs</sup> Lahaye, Maurel, Dauriat, parues en 1888, une tendance marquée à prendre les thermocaustères, comme procédé de choix.

Cette faveur est-elle justifiée ? Nous ne le croyons pas. L'ablation d'une tumeur par le thermo-cautère a, il est vrai, l'avantage d'éviter toute perte de sang, avantage précieux lorsqu'on se trouve en présence d'une malade âgée, usée par la souffrance. Mais elle est autrement longue que l'ablation par le bistouri et conséquemment bien plus douloureuse. On a dit encore que la cautérisation par le feu mettait une plaie plus sûrement à l'abri des germes infectieux. Cela était vrai autrefois, mais cet argument est sans valeur aujourd'hui, grâce aux nombreux antiseptiques dont on dispose.

Enfin le dernier reproche que nous puissions faire au thermo-cautère employé seul, c'est celui d'empêcher la réunion immédiate, inconvénient d'une gravité exceptionnelle lorsque l'opération est faite à titre purement palliatif. Dans ce cas, l'organisme profondément atteint ne peut faire les frais d'une réparation, longue à se produire, et partant, jouir de l'amélioration relative que l'on était en droit d'espérer d'une réunion immédiate.

Quant à nous, après avoir pu apprécier, pendant le cours de notre stage hospitalier, les avantages et les inconvénients de chacun de ces procédés, nous estimons, heureux en cela d'adopter les conclusions de notre maître M. le professeur Tédénat, que la méthode sanglante est la méthode de choix, et que toutes les autres ne sont que des méthodes d'exception.

Si, dans toute opération, le chirurgien a le devoir d'éviter toute mutilation inutile, il doit aussi, surtout quand il s'agit d'une tumeur maligne, enlever les tissus dégénérés d'une façon aussi complète que possible. Or, quelle méthode lui viendra plus en aide pour reconnaître la limite à peu près exacte où s'arrête la lésion cancéreuse? Quel instrument se prêtera mieux que le bistouri à cette investigation minutieuse?

La méthode sanglante a rapidement fait, et si, dans ce cas, la douleur est plus vive, elle est, par contre, de bien courte durée. Enfin, comme c'est la seule qui se prête à la réunion par première intention, c'est la seule qui offre la chance d'une guérison rapide.

Toutefois, nous faisons une réserve en faveur du thermo-cautère, et nous admettons très volontiers que, dans une opération, lorsque le besoin s'en fera sentir, dans le cas, par exemple, d'une artère difficile à lier à cause de sa situation profonde, ou d'une portion de tumeur siégeant dans un endroit

inaccessible au couteau, son usage sera réellement utile, permettra de mieux définir l'opération et conséquemment d'en attendre de meilleurs résultats.

On a reproché à la méthode sanglante de s'accompagner d'hémorragies. Ce reproche n'est pas fondé, car, avec la découverte de la forcipressure, a disparu le danger des hémorragies. Si le chirurgien a autour de lui des aides intelligents qui, au fur et à mesure de la section d'une artère, ont soin de faire avec des pinces appropriées l'hémostase provisoire, l'opération peut très bien se terminer sans épanchement de sang appréciable, pour ne pas dire nul.

On a prétendu aussi que lorsque la tumeur était enlevée avec le bistouri, elle mettait à nu une surface saignante, bien propre à se salir, et sous l'influence des micro-organismes de l'air, à suppurer. Or, une antisepsie bien faite et telle qu'on la pratique de nos jours, permet d'éviter presque toujours toute complication de nature à retarder la guérison.

Notre conclusion est donc que, le plus souvent, on devra opérer avec le bistouri, quitte à compléter l'opération par des applications de thermo-cautère.

## *2° Enlèvement des ganglions de la région inguinale* *Opinions diverses*

Quelle conduite doit-on tenir à l'égard de ces ganglions ? Question ardue qui a donné lieu aux opinions les plus diverses et qui finalement est encore en suspens.

Faut-il croire, avec le docteur Mollière, de Lyon, que l'extirpation des ganglions est très dangereuse, et qu'à côté des dangers que présente cette recherche, blessure de la saphène interne, compression d'une veine pouvant amener une phlegmatia alba dolens surtout chez les cachectiques, il est à craindre

qu'une récurrence viendra se faire à très bref délai, au niveau des ganglions enlevés.

Doit-on, avec le D<sup>r</sup> Lancial de Lille, toujours pratiquer, avant d'intervenir, une ponction exploratrice dans la région inguinale, alors même qu'un examen préalable aura fait découvrir la parfaite intégrité des ganglions ?

Doit-on, comme le préconisent certains auteurs, s'abstenir absolument de toute intervention dans le pli de l'aîne, que les ganglions soient dégénérés ou indemnes ?

C'est ce que nous ne saurions dire, n'ayant aucune opinion formée sur ce sujet. Car, si l'on relit les observations de tumeurs malignes de la vulve recueillies jusqu'à maintenant, on constate que, sur les récurrences qui ont été signalées, toutes se sont produites avec engorgements ganglionnaires multiples, que l'on ait respecté ou non la région inguinale, alors même qu'elle avait été reconnue absolument indemne.

Jusqu'à ce que cette question, encore pleine d'obscurité, ait été entièrement élucidée, nous nous rangeons à l'opinion de M. le Professeur Tédénat, et croyons que c'est l'état des ganglions qui doit faire juger de l'opportunité de leur enlèvement. S'ils sont petits, superficiels, mobiles, on peut essayer de les extirper. Si au contraire, ils sont volumineux, profonds et fortement adhérents aux tissus sous-jacents, c'est presque folie de vouloir les enlever.

### III. TRAITEMENT MÉDICAL OU PALLIATIF

Lorsqu'une opération est reconnue inutile, on doit combattre par une médication appropriée chacun des symptômes qui caractérisent la dernière période d'une tumeur maligne, et calmer, autant que l'on peut, les souffrances intolérables qui l'accompagnent.

Contre les douleurs, on emploiera les calmants, morphine, belladone, chloral, bromure de potassium.

Les écoulements sanieux et fétides seront avantageusement traités par des lavages répétés faits avec des solutions désinfectantes.

Si les hémorragies qui surviennent au cours de la maladie sont de peu d'importance, quelques solutions astringentes les feront disparaître ; plus importantes, elles nécessiteraient la ligature de l'artère lésée.

Les pertes de substance provenant d'ulcérations, seront comblées avec de la gaze iodoformée.

On évitera l'érythème inflammatoire des parties génitales saines produit par les écoulements irritants, en ayant soin de recouvrir ces parties de vaseline boriquée.

Enfin un régime tonique et substantiel devra soutenir l'état général, et lutter contre la cachexie néoplasique.

On a essayé de combattre la marche du cancer par une médication interne. C'est ainsi que Verneuil, faisant découler le cancer de l'arthritisme, a recommandé la médication alcaline. Taylor a fait des injections hypodermiques avec la liqueur de Fowler, pour arrêter le développement d'un engorgement ganglionnaire volumineux, et prétend avoir obtenu de cette façon, une diminution notable de la tumeur. Ces diverses tentatives n'ont été couronnées d'aucun succès appréciable.

*Soins post-opératoires.* — Les précautions à prendre après l'opération d'une tumeur maligne de la vulve, sont identiques à celles de toute autre tumeur siégeant dans une autre région.

Une remarque est à faire cependant pour les néoplasmes de la vulve, siégeant au méat urinaire. Lorsque l'étendue des lésions aura nécessité une ablation plus ou moins grande du canal de l'urètre, il est recommandé de laisser une sonde à demeure pendant quelques jours, d'abord pour éviter que l'urine, en s'écoulant, ne vienne salir les pansements, mais surtout pour prévenir tout rétrécissement cicatriciel qui viendrait oblitérer le canal et nécessiter une nouvelle opération.

## OBSERVATION PREMIÈRE

COMMUNIQUÉE PAR M. BONEMAISON, EXTERNE DU SERVICE

### *Epithélioma de la vulve*

Irma G..., âgée de 54 ans, entrée le 15 avril 1891 au service de M. le professeur Tédénat, annexe G.

Antécédents héréditaires : nuls.

Antécédents personnels : cette femme dit qu'elle n'a jamais été malade ; elle est mariée et a eu 5 enfants. La ménopause s'est établie depuis 4 ans.

Début : L'affection a débuté, il y a 3 ans, par un prurit très vif au niveau de la grande lèvre droite, s'exaspérant surtout le soir et la forçant à se gratter ; cette partie de la vulve s'œdématisa et devint rouge. Puis elle s'ulcéra et se couvrit de végétations ; ces lésions gagnèrent le clitoris et la grande lèvre gauche. La miction était parfois douloureuse et fréquente. Pendant deux ans et demi, la maladie évolua assez lentement. L'appétit était conservé ; pas d'amaigrissement ni de cachexie.

En janvier 1891, douleurs à la région inguinale droite. La malade y découvre un empatement et une tuméfaction marqués. Elle est obligée de garder le lit à cause de l'acuité de la douleur. Au bout de 8 jours, un abcès s'ouvrit à cette région, vers la partie moyenne de l'arcade de Fallope ; il s'en écoula un pus sanieux et fétide. Cet abcès ne s'est pas fermé ; il a laissé un trajet fistuleux qui persiste et suppure jusqu'à présent.

Examen actuel. — L'appétit est conservé ; les digestions sont faciles. Il y a parfois un peu de constipation. Le teint est

normal. Irma G... prétend avoir maigri depuis qu'elle est malade; on examine les parties génitales. Toute la grande lèvre droite, la partie supérieure de la grande lèvre gauche sont envahies par des végétations qui ont rendu ces parties énormes; ces végétations en chou-fleur sont épaissies et rouges. Les tissus sous-jacents sont très indurés. Les végétations ont envahi la face interne des grandes lèvres et les petites lèvres; un suintement sanieux s'en écoule.

A la base du triangle de Scarpa (cuisse droite), au niveau de l'arcade de Fallope, on voit deux trajets fistuleux très rapprochés l'un de l'autre, entourés de quelques végétations de couleur violacée. La peau qui recouvre toute l'arcade de Fallope a la même coloration violacée. Ces parties sous-jacentes aux trajets fistuleux sont indurées. Les ganglions superficiels de l'aîne sont pris, mais la palpation soignée fait supposer que les ganglions profonds de la fosse iliaque sont encore indemnes. Les tissus paraissent sains au dessus de l'arcade crurale. La racine de la cuisse droite est un peu tuméfiée. Le toucher vaginal démontre que la vulve seule est atteinte et que les parois du vagin sont intactes. Le doigt est mouillé par un suintement sanieux et fétide qui exhale une odeur nauséabonde caractéristique.

19 avril. — On fait prendre à la malade deux bains de siège à l'eau créolinée.

20 avril. — Opération, anesthésie chloroformique profonde.

On rase les poils et on désinfecte le champ opératoire. On saisit toute la grande lèvre droite de la vulve au dessous des parties malades avec de grandes pinces hémostatiques courbes. On enlève tous les tissus avec le bistouri en rasant la pince. On fait de même en haut, à la commissure supérieure et à la grande lèvre gauche. On excise tous les tissus malades autour du clitoris. On voit alors le méat urinaire un peu

agrandi. Il est sain. On y introduit une sonde de Sims et l'urine s'écoule. On résèque ensuite un point de la colonne antérieure du vagin. Tous les vaisseaux qui donnent sont pincés et tordus. Pendant toute la durée de l'opération on irrigue le champ opératoire avec de l'eau au naphthol. Puis on bouche le vagin avec de la gaze iodoformée et on passe à la deuxième partie de l'opération, à l'arcade crurale.

On fait à ce niveau une incision ovalaire, dont le grand axe a environ 18 centimètres, englobant tous les tissus atteints. Cet ovale comprenant la peau et les tissus sous-jacents, est disséqué soigneusement. La dissection rase la paroi antérieure des vaisseaux fémoraux. Un gros ganglion situé au milieu de l'ovale, et très adhérent au plan sous-jacent, est énucléé. Toutes les parties bourgeonnantes qui s'enfoncent un peu profondément sont enlevées ; la surface de la plaie est bien nettoyée.

Les deux lèvres de la plaie sont réunies par cinq points de suture à la moitié externe ; la moitié interne est bourrée de gaze iodoformée.

On laisse une sonde de Sims à demeure dans l'urètre. Gaze iodoformée en quantité sur la vulve et le pli inguinal. Coton hygroscopique. Bandages en 8 de chiffre.

21 avril. — La temp. est de 37,6 et 37,8.

22. — Temp. 37,6. — Le 23, pas de fièvre. Temp. normale.

25. — La malade est pansée. On trouve peu de pus dans la plaie. Même pansement antiseptique.

Le 2 mai, le pansement est de nouveau renouvelé. L'appétit est conservé.

Le 9, nouveau pansement. La plaie de la vulve bourgeonne. On ne voit pas le méat. Grands lavages désinfectants. La plaie du pli de l'aîne se circonscrit, se rapetisse. Elle donne encore du pus. Même pansement.

Enfin, après plusieurs autres pansements, la plaie s'étant

entièrement cicatrisée, la malade quitte l'hôpital, entièrement guérie.

## OBSERVATION II

COMMUNIQUÉE PAR M. SCAZE, INTERNE DU SERVICE

### *Epithélioma de la vulve*

La femme X... couchée au n° 6 de la salle J.-L. Petit, service de M. le professeur Dubrueil, est entrée à l'hôpital le 13 novembre 1889.

Agée de 58 ans, elle est mariée et a eu plusieurs enfants.

L'affection pour laquelle elle est entrée dans le service paraît avoir débuté, il y a environ un an. La malade s'est aperçue d'une petite ulcération, au niveau de la fosse naviculaire ; cette ulcération s'est étendue progressivement aux parties voisines et a bientôt envahi la moitié inférieure des grandes lèvres et l'entrée du vagin.

En même temps que cette ulcération, sont survenues des pertes blanches horriblement fétides et de petites hémorragies : pas de phénomènes douloureux bien intenses.

A l'examen actuel de la malade, on constate une hypertrophie très considérable des deux grandes lèvres, avec une surface très irrégulière, revêtant l'aspect en chou-fleur. A la partie inférieure, on aperçoit des cavités assez profondes, recouvertes d'un enduit grisâtre, et limitées par des bords indurés. La néoplasie a déjà envahi une grande partie du vagin. Un liquide à odeur infecte et assez abondant s'écoule constamment. En raison de ces caractères, il est manifeste qu'il s'agit d'un épithélioma de la vulve à forme hypertrophique ayant atteint un très grand développement.

Les voies lymphatiques sont largement infectées. De chaque côté et au niveau du pli de l'aîne, on sent des adénites considérables.

Par suite des délabrements trop considérables qu'une intervention, pour être complète, entraînerait, on repousse toute opération.

OBSERVATION III. [TAYLOR] (1)

*Mélano-sarcomé primitif de la vulve.*

Madame X..., âgée de 62 ans, mère de cinq filles bien portantes, vint réclamer mes soins le 1<sup>er</sup> juin 1887. Toujours elle avait joui d'une bonne santé, n'avait jamais souffert d'une lésion quelconque des organes génitaux, lesquels, à sa connaissance, n'avaient jamais auparavant présenté de condition anormale, même de peu d'importance. Antécédents de famille excellents, pas de traces de cancer. Voici les renseignements que la malade fournit : deux années auparavant environ, elle avait alors 60 ans, elle éprouva au niveau de la vulve, une sensation légère de cuisson, et, à plusieurs reprises, elle remarqua sur son linge de dessous une faible coloration sanguinolente. A cette même époque, elle constata la présence d'une raie bleuâtre dans le sillon situé entre la grande lèvre et la petite lèvre du côté gauche. Peu de mois après apparut une tumeur sphérique, de petit volume, qui siégeait du même côté et dans le voisinage du méat urinaire ; bientôt, une deuxième tumeur de la grosseur d'un petit pois, fut constatée à droite du méat. Simultanément, il y avait dans l'aîne droite une masse douloureuse.

Un médecin de Montréal, le docteur Trenholme, qualifia les lésions vulvaires de cancer, et les extirpa à l'aide du bistouri, vers la fin du mois de juin 1886. La plaie cicatrisa rapidement

---

(1) Ann. de gynécol., juin 1889.

sans qu'il restât aucune trace apparente du néoplasme. Environ deux mois plus tard, la femme remarqua, à droite du méat, la présence d'une petite tache qui s'étendit rapidement jusqu'en octobre de la même année, époque où elle fut excisée par le docteur Trenholme. A peu près dans le même moment, il fut d'une part constaté qu'il y avait dans l'aine gauche une tuméfaction notable, et d'autre part, il parut que la masse trouvée antérieurement dans l'aine droite était plus petite. Vers le mois de novembre de la même année, on découvrit une seconde tumeur, de petit volume, semblable à une verrue, qui, située un peu à droite du méat urinaire, s'étendait de là jusqu'à l'orifice vaginal, et le long de la portion supérieure droite du rebord de cet orifice. A partir de cette date, ainsi que durant une période d'environ huit mois, ce second néoplasme augmenta de volume. D'autre part, vers le mois d'avril, une nouvelle tumeur, plus petite, se développa à droite et juste au-dessous de l'autre, sur la portion de la petite lèvre qui part du clitoris. La nodosité la plus grosse avait une coloration bleu-noir, sa surface était parfaitement unie, homogène et légèrement luisante. Elle ressemblait à une prune mûre, sauf qu'elle était conique dans sa portion supérieure, près du clitoris. Elle mesurait environ un pouce et demi en longueur sur un pouce et quart de large. Sa structure était ferme, et cependant la tumeur était compressible, même sous une pression modérée. Elle adhérait solidement à la muqueuse de la portion droite de l'orifice vaginal, et sa base, qui avait environ un pouce de diamètre, se prolongeait, mais sans l'englober, jusqu'au méat urinaire. Quand on tirait sur la tumeur, on soulevait les tissus sous-jacents.

La tumeur, se développant ainsi sur le côté droit du vagin, inclinait en dedans et surplombait l'orifice vaginal. La nodosité, plus petite, était manifestement située au-dessous de la muqueuse, et celle-ci étant modérément tendue, on pouvait par transparence l'apercevoir sous la forme d'une petite masse ovale

qui était tout-à-fait adhérente aux tissus voisins. Les deux tumeurs étaient en rapport de continuité. Il n'existait ni complication inflammatoire, ni traces d'écoulement anormal. Dans l'aîne droite plusieurs ganglions hyperplasiés et fusionnés entr'eux, constituaient une masse qui avait le volume d'une noix. Quant à l'aîne gauche, elle proéminait d'une manière notable au niveau de sa portion moyenne. Là, on constatait une tumeur dure, légèrement lobulée, de forme conique, dont la base mesurait largement 3 pouces (78 millimètres) et dont le sommet, mousse, s'élevait au moins à un centimètre au-dessus du niveau normal ; elle était recouverte par de la peau saine. L'examen permit de reconnaître que les ganglions étaient solidement fixés aux tissus sous-jacents et que, s'il était possible de déplacer un peu la masse par glissement, on ne pouvait la soulever.

Les lésions vulvaires étaient pour la malade la cause d'une vive anxiété. La plus grosse tumeur était l'origine de malaises locaux, surtout quand la malade était couchée, et de plus elle apportait quelque obstacle à la miction. Le retour et le développement continuel de ces tumeurs, l'idée qu'il s'agissait là de lésions incurables et pouvant devenir le départ de complications graves, tenaient la femme dans un état permanent de terreur. Cela se dégageait, en une certaine mesure, de sa profonde émaciation, de son affaiblissement, de la perte de son appétit et de l'expression inquiète de sa physionomie. Mari et femme insistaient pour qu'on procédât à l'extirpation des tumeurs vulvaires.

Au mari, je fis comprendre qu'une semblable intervention ne pouvait être que palliative, que l'élément pathogène persisterait dans les ganglions infiltrés, qu'on ne pouvait s'attaquer à ceux-ci avec une certitude de réaliser une extirpation complète et que cela entraînerait une plaie opératoire étendue. J'insistai également sur le fait de la première récurrence et laissai entendre

que l'affection était susceptible de faire un semblable retour. D'autre part, il fut tenu compte des conditions qui favorisaient l'action du chirurgien sur les tumeurs vulvaires et aussi de la possibilité de la cicatrisation parfaite (ainsi que cela a été fréquemment observé à la suite de l'extirpation de sarcomes et de sarcomes pigmentaires). En somme, on décida que l'opération serait faite et elle fut pratiquée le 16 juin en présence des docteurs Horrow et Trenholme.

Ayant exercé une certaine traction sur la tumeur, je la cernai avec une anse galvano-caustique, portée au rouge sombre, le plus près possible de sa base. Au moment où le fil galvanique était bien enfoncé dans le tissu, la batterie de l'appareil, (qui justement arrivait de chez le fabricant et qu'on supposait en parfaite condition), cessa de fonctionner. Je sectionnai alors la tumeur immédiatement au-dessus du niveau normal de la petite lèvre et me mis en devoir d'extirper sa base fragment par fragment. Ce fut là une tâche longue, fatigante, pour laquelle je me servis surtout de l'ongle du pouce et que je menai à bien, grâce à des manœuvres prudentes, prolongées, de grattage, etc. De cette façon, j'enlevai tous les tissus malades et mis à découvert les fascias qui présentaient une surface absolument lisse. Je m'appliquai ainsi à ne laisser aucune trace, aucun filament de tissu dégénéré dans la région avoisinante. L'hémorragie fut très faible. Quant au traitement consécutif, il consista dans la réalisation d'une absolue propreté dans l'application sur la plaie d'une petite quantité d'iodoforme et d'un pansement avec de la gaze ordinaire. La cicatrisation complète, que dans les derniers moments on hâta par quelques attouchements avec le nitrate d'argent, fut obtenue en 24 jours. Plus tard, on apercevait au niveau du point où s'insérait primitivement la tumeur, une cicatrice petite, atrophique et plissée.

La santé de la femme s'améliora d'une façon très manifeste. Elle reprit des forces et du courage et regagna 5 livres com-

parativement à ce qu'elle pesait avant l'opération : elle ne pesait qu'une livre en plus, au temps où elle avait atteint le poids le plus élevé. En octobre, je commençai le traitement par les injections sous-cutanées de liqueur de Fowler, traitement que j'avais désiré mettre en pratique dès le mois de juillet. Durant une période de deux mois, la femme reçut des injections dont les doses au début étaient de sept gouttes, et à la fin de dix. Dans l'intervalle, elle fit un abcès. Les injections pratiquées avec les précautions antiseptiques les plus minutieuses, étaient faites à la cuisse, et le plus près possible de la masse garglionnaire, située dans l'aîne gauche. Par suite des préférences manifestées par la malade, l'arsenic fut ensuite administré par la bouche, et comme au bout d'un certain temps, il détermina des malaises, l'emploi du médicament fut suspendu. Le résultat de ce traitement arsenical de trois mois, fut le retrait de la tumeur, qui devint manifestement plus mobile et plus nettement lobulée à sa face supérieure.

En décembre 1887, la malade accusa une sensation de refroidissement au niveau du talon gauche ; en juin 1888, son appétit commence à décliner. A cette époque elle éprouva de l'engourdissement dans la jambe gauche et dans le bras correspondant, troubles de la sensibilité auxquels s'ajouta un certain degré d'impotence musculaire. En avril, la pupille droite devint le siège d'une dilatation persistante et l'on constata une hémianesthésie droite de la face. Les phénomènes paralytiques et les troubles de la sensibilité persistèrent, le marasme survint et la malade succomba le 26 juillet 1888, treize mois environ après la dernière opération et trois ans après l'apparition du néoplasme primitif. Durant les derniers six mois de sa vie, elle reçut, dans une ville éloignée, les soins d'un autre médecin.

OBSERVATION IV [D<sup>r</sup> TERRILLON]<sup>(1)</sup>

(Résumée)

*Sarcome mélanique généralisé*

L..., 62 ans, entre le 21 avril 1885 à l'infirmierie de l'hospice de la Salpêtrière.

Ressent depuis quelques mois des douleurs à la vulve et s'est aperçue d'un léger écoulement sanguin.

Sur la face interne de la petite lèvre droite et empiétant sur le clitoris, existe une petite tumeur du volume d'une grosse noisette, dure, régulière et sans bosselures.

Cette tumeur est facilement mobilisable.

Tout autour d'elle, la muqueuse est noire et sa pigmentation uniforme laisse entre ses taches quelques traînées de peau saine. Cette coloration se prolonge jusque dans le vagin et sur la muqueuse du col utérin.

Pas de ganglions dans la région inguinale.

La malade, après être restée deux mois à l'infirmierie, est opérée le 28 juin.

La tumeur est excisée au thermo-cautère, en ayant soin de disséquer dans le tissu cellulaire profond, afin de laisser intacte la tumeur. L'ablation complète ne détermine pas l'issue d'une goutte de sang.

Pansements phéniqués à l'aide d'une compresse fréquemment renouvelée.

La plaie se cicatrise peu à peu, par seconde intention sans complication. Le 15 juillet, la malade est complètement guérie, mais elle porte toujours la pigmentation vulvo-vaginale.

---

(1) Terrillon, Annales de gynécologie, 1886.

*Examen histologique.* — La tumeur enlevée a été examinée par M. le D<sup>r</sup> Babinski ; sur des coupes de cette tumeur, on voit que l'épiderme est notablement altéré au niveau de la partie moyenne de la tumeur. Il est difficile de distinguer l'épiderme du derme : on trouve entre les cellules épidermiques un grand nombre de cellules remplies de pigment avec prolongements multiples.

Les cellules profondes du stratum de Malpighi contiennent du pigment ; les papilles sont remplies de cellules plus ou moins volumineuses, arrondies, ou de formes irrégulières et très pigmentées.

Si de l'épiderme on passe à l'examen des parties centrales de la pièce, on voit que la tumeur s'enfonce profondément dans le derme. Elle est constituée principalement par des cellules pour la plupart arrondies, de volume variable, dont les unes assez rares ont de 30 à 40  $\mu$ . de diamètre, dont la généralité présente un diamètre de 15 à 20  $\mu$ . Ces cellules sont accolées les unes aux autres et agglomérées en formant soit des nodules, soit des noyaux plus ou moins réguliers, séparés les uns des autres par du tissu conjonctif qui contient des vaisseaux assez nombreux et dilatés. La plupart des cellules de la tumeur contiennent des granulations de pigment dans leur intérieur.

Il s'agit donc bien nettement d'un sarcome mélanique.

Au mois de novembre, nous revoyons la malade, qui nous montre une masse ganglionnaire bosselée occupant l'aîne droite. A partir de ce moment, apparaissent des tumeurs multiples qui se propagent rapidement dans différents points du corps.

L'état général devient plus mauvais, la malade marche difficilement et perd l'appétit.

Voici ce que l'on constate à l'examen pratiqué le 17 février 1886, c'est-à-dire huit mois après l'opération :

La lésion mélanique a beaucoup progressé. Les grandes lèvres sont œdématisées. La cicatrice de la petite lèvre enlevée reste intacte, mais sur l'autre lèvre on voit plusieurs petites tumeurs noirâtres, saillantes.

L'orifice de l'urèthre est envahi. On trouve une masse noirâtre, grosse comme le petit doigt, sur la face postérieure du vagin.

Dans l'aîne, du côté droit, se trouve une tuméfaction ganglionnaire, volumineuse comme le poing, bosselée et adhérente aux parties profondes. La peau est intacte mais amincie et on peut voir par transparence la coloration noire de la tumeur sous-jacente.

Dans l'aîne gauche, quelques petits ganglions encore isolés ou indurés. Enfin un ganglion assez volumineux existe dans le creux sus-claviculaire droit, et dans la région du dos il existe une tumeur noirâtre, du volume d'une noix.

Etat général mauvais ; face bouffie. Membres inférieurs œdématisés.

*Examen du sang.* Globules blancs très nombreux, avec une grande quantité de granulations noirâtres. Quelques-unes sont adhérentes aux globules blancs.

*Examen de l'urine.* — Mise dans un verre à pied et exposée à l'air, l'urine prend une teinte noirâtre presque aussi foncée que de l'encre.

1er mars 1886. — L'œdème s'est généralisé. Abdomen très volumineux et douloureux. Dyspnée violente. La malade meurt le 6 mars.

*Autopsie.* — Outre les lésions déjà décrites, on trouve non seulement les ganglions inguinaux et iliaques envahis par une substance noire, mais encore tous les ganglions abdominaux et thoraciques ont subi la même altération.

Le foie est rempli de petits noyaux noirâtres ainsi que la rate.

L'examen histologique, pratiqué par M. le Professeur Cornil, démontre que l'on avait affaire à un sarcome mélanique généralisé. Sur des coupes du vagin et des petites lèvres on voyait les papilles remplies de granulations noires qui gorgent aussi les vaisseaux sanguins.

Les autres vaisseaux du tissu conjonctif sont comme infectés par des cellules remplies de granulations.

Les ganglions lymphatiques envahis sont transformés en totalité en une masse sarcomateuse pigmentaire.

Dans le foie, les parties noires sont constituées par des lobules entièrement noircis par des granulations. Les cellules hépatiques contiennent aussi quelques granulations et les capillaires sont remplis de cellules pigmentaires.

#### OBSERVATION V [LAUNOIS] (1).

##### *Sarcome de la région clitoridienne*

Louise V..., âgée de 5 ans, est amenée à l'hôpital des enfants chez M. le docteur Saint-Germain, le 1<sup>er</sup> mai 1882. La mère raconte que depuis longtemps elle a remarqué au niveau de la vulve de son enfant une tumeur qui ne l'a pas inquiétée d'abord, mais qui depuis quelque temps augmente rapidement de volume.

L'enfant ne se plaint pas, n'a jamais fait de maladies. A l'examen, on constate au niveau de la région clitoridienne une

---

(1) Launois, Société anatomique, 1883.

masse molle, pédiculée à son extrémité inférieure. En haut, elle se continue avec la peau qui forme le capuchon du clitoris ; en bas elle présente des mamelons séparés par des sillons assez profonds. La peau qui recouvre cette tumeur présente la même pigmentation que celle des parties voisines.

Grandes lèvres normales. Pas de ganglions inguinaux.

On pense à une hypertrophie simple du clitoris et de son capuchon.

Opération le 6 mai avec l'écraseur linéaire : des tampons d'amadou sont appliqués sur la plaie. Le soir l'enfant perd une certaine quantité de sang en faisant des efforts de défécation.

Pansement renouvelé.

La plaie se cicatrise rapidement, et l'enfant quitte l'hôpital le 13 mai à peu près complètement guérie.

Le 23 juin, l'enfant est amenée de nouveau à l'hôpital. Elle souffre beaucoup et la mère raconte que la tumeur a repoussé plus volumineuse qu'auparavant. A l'examen de la vulve on constate, en effet, une masse rougeâtre mesurant 6 centimètres en hauteur et 3 centimètres en largeur. La surface de cette tumeur est lisse et rouge.

Pas de ganglions inguinaux.

Le 30, deuxième opération avec l'anse galvanique. M. de Saint-Germain fait observer que l'opération est simplement palliative et que la tumeur récidivera fatalement.

25 septembre, troisième ablation de la tumeur à l'aide de l'anse galvanique.

4 octobre, nouveaux bourgonnements de la tumeur. On fait à la base de cette tumeur cinq incisions et on enfonce dans leur trajet des flèches de pâte de Canquoin. Malgré cela l'affection continue à progresser.

15 novembre. — Toute la vulve et la région pubienne sont envahies. Les grandes lèvres sont transformées en masses lobulées, du volume d'une grosse noix.

Dans le pli inguinal gauche, hypertrophie considérable des ganglions.

Incontinence d'urine et diarrhée. La petite malade dépérit de jour en jour, ne mange plus et maigrit considérablement. Elle meurt le 22 décembre.

*Autopsie.* — En écartant les lèvres de la vulve, on trouve un sillon profond au fond duquel il est impossible de retrouver l'orifice interne du canal de l'urèthre. La partie inférieure de la paroi abdominale est infiltrée dans toute son épaisseur.

La vessie est dure, rétractée. En l'incisant, on constate une dégénérescence de toutes les tuniques et principalement de la tunique muqueuse, qui mesure 1 cent. 1/2 d'épaisseur.

La cavité vésicale est remplie par une masse grisâtre et dure. Utérus, reins, rectum normaux. Les ganglions iliaques et lombaires forment des masses volumineuses.

Le foie et le poumon gauche présentent quelques noyaux durs du volume d'un pois.

*Examen histologique.* — Sur une coupe de la première tumeur enlevée, on voit, en certains points, que le revêtement normal de la muqueuse est conservé. La couche sous-jacente de l'épithélium est constituée par de petits éléments ronds, ayant un noyau très volumineux. On distingue entre eux, un grand nombre de capillaires sanguins. Ces éléments sont très serrés les uns contre les autres. En certains points, ils ont un aspect puriforme ou étoilé et sont séparés par une masse abondante de matière amorphe et granuleuse.

Cette tumeur rappelle donc la structure du sarcome.

OBSERVATION VI [D<sup>r</sup> LANCIAL] (1)

*Épithélioma primitif de la vulve localisé à la grande lèvre gauche,  
au niveau d'un ancien phlegmon*

Mme X..., âgée de 55 ans, entrée dans le service de M. le professeur Duret le 9 octobre, est opérée par lui le 12 du même mois.

Son père est mort à un âge très avancé, sa mère a succombé à une hémorrhagie cérébrale.

Deux de ses frères sont morts de tuberculose pulmonaire, trois de ses sœurs sont bien portantes.

Les renseignements qu'elle donne sur son passé permettent de penser qu'elle a fait une pneumonie à 18 ans, et qu'à 28 ans elle dut garder le lit pour un abcès de la grande lèvre gauche. Il se trouve que l'affection qui l'amène à l'hôpital occupe précisément le siège de cet ancien abcès, de telle sorte que dans la pathogénie de l'affection nouvelle, on doit attribuer une certaine importance à ce qu'on est convenu d'appeler le « locus minoris resistentiæ ». La malade, qui est restée vierge, a été réglée à 14 ans ; elle est arrivée à la ménopause, il y a quatre ans.

Elle éprouve, depuis sept ou huit ans, un prurit vulvaire qui lui cause parfois des démangeaisons très pénibles. Le début de sa maladie remonte à quatre ou cinq ans. Il se développa à la partie interne de la grande lèvre gauche, du côté de la muqueuse, « un petit bouton » qui grandit lentement, dit-elle, et finit par s'ulcérer il y a quatre mois. Il n'y a jamais eu

---

(1) D<sup>r</sup> Lancial, Bull. de la Société anatomique de Lille, 1888.

d'hémorrhagie, pas de léucorrhée. La marche n'a presque pas été gênée ; mais dans ces derniers temps la malade éprouvait, surtout la nuit, des douleurs lancinantes qui s'exagéraient au moment de la miction.

État actuel : La malade, que nous avons eu l'occasion de voir il y a deux ans, nous paraît un peu amaigrie, mais offre cependant un état général assez satisfaisant. Elle est atteinte de nervosisme et ne se laisse bien examiner que sur le lit à spéculum, où il est facile de constater, après avoir écarté les grandes lèvres, l'existence d'une tumeur aplatie et ulcérée, siégeant à peu près exclusivement à la partie inférieure et interne de la grande lèvre gauche, du côté de la face muqueuse. Le bord libre de la grande lèvre est à peine intéressé, et la peau qui recouvre sa face externe a conservé son aspect normal. La perte de substance, de la grandeur d'une pièce de 2 francs, à peu près de forme circulaire, à bords légèrement mamelonnés, un peu surélevés et taillés à pic à la partie supérieure, offre un aspect rouge grisâtre, sans bourgeons charnus et sans suppuration ; pas d'odeur spéciale. Le pourtour de l'ulcération présente une grande dureté sur une zone d'un à deux centimètres. L'induration ne s'étend pas profondément et semble localisée aux bords de l'ulcère. La tumeur est mobile sur les parties profondes.

La petite lèvre correspondante, le clitoris et le canal de l'urèthre ne sont pas intéressés. La persistance de l'hymen empêche l'exploration complète du vagin, mais on peut facilement sentir, à partir du sillon qui sépare la grande lèvre de la petite, que les tissus sont souples et de consistance normale. Le toucher rectal permet de constater l'absence de tumeur secondaire de ce côté.

La palpation de la région inguinale correspondante ne fait pas découvrir tout d'abord de tuméfaction ganglionnaire, mais semble indiquer toutefois, après quelques hésitations, l'exis-

tence d'un ganglion profond dont il est difficile de reconnaître les caractères.

Le 12, M. Duret enlève la tumeur au thermo-cautère, en la circonscrivant d'abord et en la séparant ensuite du tissu cellulograis sous-jacent. Une incision exploratrice est faite dans la région inguinale parallèlement à l'arcade de Fallope ; on découvre sous l'aponévrose un ganglion manifestement dégénéré, de la grosseur d'une noisette, ainsi que deux autres ganglions plus petits. Sutures et drainage de la plaie inguinale. Pansement à la gaze iodoformée et à la ouate et bandage en T, après passage dans l'urèthre d'une sonde qui devra être laissée à demeure, dans le but d'éviter de souiller le pansement.

Au bout de quinze jours, la plaie de la région inguinale, qui a légèrement suppuré au niveau des drains, est complètement fermée ; et six semaines après l'intervention, à la sortie de la malade, la plaie de la grande lèvre tend à se cicatriser et n'offre plus que les dimensions d'une pièce de 50 centimes.

Examen histologique. — Sur une coupe perpendiculaire au plan de la tumeur, on aperçoit profondément du tissu conjonctif contenant de nombreux et volumineux îlots de cellules adipeuses ; quelques unes de ces cellules sont isolées. on y trouve également une artériole relativement volumineuse. En se rapprochant de la superficie, on voit dans un tissu conjonctif, infiltré de cellules embryonnaires, des cylindres épithéliaux, parfois assez nettement ramifiés. Plus près de la surface, ces cylindres épithéliaux se renflent sur leur trajet et contiennent en ce point des globes épidermiques comme isolés, appartenant sans doute à des cylindres coupés perpendiculairement à leur axe.

OBSERVATION VII [BALLENGHIEN] (1)

*Epithélioma primitif de la grande lèvre droite chez une femme syphilitique âgée de 46 ans. Ablation au thermo-cautère ; examen microscopique.*

Maria A..., âgée de 45 ans, fileuse, entre le 21 février 1889 à l'hôpital de la Charité dans le service de M. le professeur Duret, salle St-Augustin, n° 10.

Cette malade, manifestement syphilitique, oppose à l'interrogatoire des dénégations qui empêchent d'apprécier avec exactitude la date de l'infection. De ses 7 enfants, tous venus à terme, aucun n'aurait présenté d'éruption suspecte. Le dernier, seul survivant, âgé aujourd'hui de 22 ans, jouit d'une santé robuste. Le mari, mort accidentellement, n'aurait jamais été malade ; il était alcoolique et de conduite irrégulière.

Marie A..., depuis cinq ans, est sujette à une céphalée intense et rebelle. Son premier séjour à l'hôpital remonte à deux ans ; il existait alors au niveau des os propres du nez une ulcération qui demeura fistuleuse durant 7 mois, et fut traitée localement par l'emplâtre de Vigo.

Un mois plus tard, se serait manifestée sur la grande lèvre droite, une plaie surélevée, ne répandant point d'odeur spéciale, plaie qui serait restée seule de son espèce dans la région ano-génitale.

La malade revint dans le service en août 1888 et on lui proposa une opération pour la plaie qu'elle portait à la vulve. On la traita par l'iodure de fer et le sirop de Gibert, médicaments

---

(1) Bull. de la Soc. anat. de Lille, 1889.

qu'un confrère avait déjà prescrits, il y a cinq ans, pour les douleurs de tête.

Aujourd'hui 21 février, cette femme vient réclamer une intervention chirurgicale. Elle se plaint d'une céphalée violente que la chaleur du lit exacerbe. Elle nie toute éruption, tout mal de gorge et n'aurait jamais perdu les cheveux d'une façon notable. Elle éprouve assez souvent dans le membre inférieur droit de vives douleurs qu'elle dit siéger profondément. La voix est nasonnée, la déglutition vicieuse ; les liquides et même le pain passent par la narine droite. La voûte nasale est effondrée ; au niveau des os propres, on voit une cicatrice irrégulière, large d'environ 3 centim., sur une haut. de 2 à 3 millimètres.

La luette fait défaut ; immédiatement en dehors et à gauche de l'emplacement qu'elle devrait occuper, existe une perforation ovalaire, longue de 0<sup>m</sup>,008, large de 0<sup>m</sup>,002. A droite, très près de la ligne médiane et à l'union des parties osseuse et membraneuse du voile du palais, on distingue un orifice arrondi de 0<sup>m</sup>,003 de diamètre, établissant une libre communication entre la bouche et les fosses nasales.

La malade raconte qu'on lui a fait plusieurs fois dans la gorge des cautérisations avec le nitrate d'argent.

A la vulve, on remarque que la grande lèvre droite est hypertrophiée, comme œdémateuse ; sa moitié inférieure, ainsi que les nymphes des deux côtés, sont détruites et envahies par une tumeur ulcérée, dont l'étendue dépasse sensiblement celle d'une pièce de cinq francs. Jusqu'à un centimètre de l'orifice anal, la fourchette est confondue avec le néoplasme, qui empiète également sur la partie inférieure de la grande lèvre gauche.

Cette tumeur, qui repose sur une base indurée, présente à sa périphérie une surélévation de 3 à 4 millimètres ; sa surface

est rouge et sanieuse, elle exhale une odeur fétide. Il s'agit manifestement d'un cancroïde vulvaire.

Dans les deux aînes et surtout à droite, les ganglions sont notablement hypertrophiés.

La désinfection préalable étant faite, l'opération est pratiquée le 25 février. La tumeur est circonscrite au thermocautère et séparée peu à peu des tissus sous-jacents. La plaieignée saigne abondamment et nécessite cinq ou six ligatures.

Du côté droit, on enlève au bistouri huit ganglions inguinaux, dont les deux plus internes, aussi les plus gros, dépassent le volume d'une noisette et sont manifestement dégénérés. Six ganglions sont également extirpés du côté gauche : la veine saphène est sectionnée et liée durant l'acte opératoire.

Pansement antiseptique sur les plaies des aînes, drains ; cerf-volant de gaze iodoformée dans la plaie du thermocautère. Bandage ouaté. Sonde sigmoïde dans la vessie pour éviter toute souillure du pansement.

Un mois et demi après l'opération, on extirpe au thermocautère un nodule cancéreux, du volume d'un pois, qui s'était montré sur l'extrémité inféro-externe de la moitié non incisée de la grande lèvre droite. Depuis, on a continué à faire tous les jours le lavage de la plaie sur laquelle on appliquait de la gaze enduite de pommade à l'iodoforme.

La cicatrisation a suivi son cours régulier.

La malade a quitté l'hôpital le 18 mai ; la plaie était réduite à une bandelette irrégulière longue de 2 centimètres sur quelques millimètres de large. Nulle part, on ne découvrait d'induration suspecte, à la vulve comme dans les aînes. La malade pouvait être considérée comme guérie, sauf la possibilité d'une récurrence.

Examen de la tumeur :

L'examen histologique fait par M. le professeur Augier, montre qu'il s'agit d'un épithélioma perlé à globes épider-

miques. La tumeur se compose essentiellement d'une trame conjonctive renfermant des cellules épithéliales au milieu desquelles se trouvent de nombreux et très beaux globes épidermiques colorés en jaune par le picro-carmin. Ces globes caractéristiques ont été retrouvés dans un des ganglions inguinaux examiné simultanément.

OBSERVATION VIII [D<sup>r</sup> LEPRÉVOST] (1)

*Epithélioma primitif de la grande lèvre gauche. Récidive dans les ganglions inguinaux du côté opposé*

Mme V... âgée de cinquante-huit ans, vient me trouver au mois d'octobre 1884. Cette dame qui a eu deux enfants, s'est toujours bien portée jusqu'au commencement de l'année 1884, époque à laquelle elle constata la présence d'un petit bouton développé sur la grande lèvre gauche, ce bouton fut enlevé au thermo-cautère, mais quelques mois plus tard une nouvelle ulcération se produisit et la malade subit une nouvelle opération vers le mois d'août de la même année; le résultat ne fut pas meilleur et une seconde récidive se produisit presque immédiatement, de telle sorte que lorsque je vis la malade pour la première fois, deux mois après la seconde intervention, l'ulcération avait rongé toute la cicatrice et s'étendait sur la face interne de la grande lèvre, depuis la fourchette jusqu'à un centimètre environ du clitoris qui est respecté; en arrière le néoplasme n'a pas dépassé les limites de la vulve; la grande lèvre correspondante est œdématiée et devenue de consistance

---

(1) D<sup>r</sup> Leprévost. Gazette de gynécologie 1888.

quasi-ligneuse. L'ulcère est recouvert de bourgeons grisâtres, saignant au moindre contact : il donne lieu à un écoulement constant d'un ichor sanieux et fétide qui incommode beaucoup la malade et la porte à réclamer une nouvelle opération, que je me montre d'autant plus disposé à tenter, que l'examen du pli inguinal gauche ne décèle la présence d'aucune tuméfaction ganglionnaire. La malade ne ressent pas de douleurs vives ; elle est seulement incommodée par la marche, surtout à la fin de la journée.

Opération le 18 octobre 1884.

Excision au bistouri de toute la partie gauche de la vulve, depuis la fourchette jusqu'au capuchon clitoridien, qui est enlevé. Cautérisation consécutive au thermo-cautère. Hémorragie peu inquiétante. Rétention d'urine qui nécessite le sondage pendant plusieurs jours après l'opération. Cicatrisation assez rapide de la plaie pour que la malade puisse retourner dans son pays au commencement du mois de décembre. Dans les mois qui suivirent cette opération, la santé générale devint meilleure, et Mme V... ne ressentit aucun trouble du côté des parties génitales.

C'est seulement au mois d'août suivant, dix mois après l'intervention que je viens de raconter, qu'elle remarqua dans l'aîne droite, du côté opposé, par conséquent, à la lésion primitive, une tumeur dont le volume augmenta rapidement, au point d'atteindre en quelques semaines, le volume d'une grosse orange. Cette tumeur mamelonnée, indolente et dure, est adhérente sur plusieurs points à la face profonde de la peau, mais elle est mobilisable sur le plan aponévrotique sous-jacent. Les caractères physiques de la tumeur inguinale, son accroissement rapide, montrent qu'il s'agit bien d'une récurrence à distance, en apparence, indépendante de la lésion vulvaire primitive. Celle-ci ne s'est pas reproduite et je trouve la vaste cicatrice opératoire absolument saine et intacte.

Le 23 septembre, avec le concours de mon ami, le docteur Lecène, je procédai à l'extirpation de la masse ganglionnaire et fis un soigneux curage de l'aïne.

Le résultat immédiat, excellent, fut, par malheur, de courte durée, et, au mois de décembre suivant, j'eus le chagrin de constater que la cicatrice inguinale s'était rouverte et livrait passage à des bourgeons de mauvaise nature. Je perdis la malade de vue et j'appris seulement, quelques mois plus tard, qu'elle avait succombé dans le marasme et la cachexie.

#### OBSERVATION IX [LEFORT] (1).

##### *Tumeur sarcomateuse développée sur le pourtour de la vulve.*

Cette tumeur a été extirpée à une femme du service de M. le professeur Folet, le mardi 10 juin 1890. Cette tumeur était développée sur le pourtour de la vulve, et son volume était à peu près égal à celui des deux poings. La femme qui la portait est âgée de 36 ans ; son état général est bon, elle dit n'avoir jamais été malade. Il y a six mois, apparurent, autour de la vulve, des grosseurs qui se développèrent lentement, régulièrement et sans causer de douleurs. Depuis un mois, l'accroissement se fit plus rapidement et, vers le 1<sup>er</sup> juin, la tumeur s'ulcéra du côté gauche. Le coït fut possible et non douloureux, jusqu'à l'apparition de l'ulcération.

La malade ne rapporte à aucune cause le développement du néoplasme ; elle raconte cependant que son mari présentait depuis cinq ans des abcès consécutifs à une hernie opérée. Rien

---

(1) Lefort, Gazette Médicale, 1890.

dans les antécédents héréditaires. Effrayée de l'extension rapide de la tumeur, gênée dans la marche, la malade se décide à entrer à l'hôpital.

On constate une tumeur très volumineuse, développée en avant de la vulve, aux dépens des deux petites lèvres, de la grande lèvre gauche, du périnée et se prolongeant jusqu'au niveau de la marge de l'anus ; en avant et en haut, elle remonte jusqu'au mont de Vénus. Sur la grande lèvre gauche ou plutôt sur la tumeur gauche, existe une ulcération de la grandeur d'une pièce de deux francs.

L'ouverture du vagin est très difficile à trouver dans le décubitus dorsal, l'examen dans la position genu-pectorale permet de reconnaître l'intégrité de la muqueuse vaginale à une certaine distance de l'ouverture vulvaire. Le méat urinaire est également caché par l'énorme chou-fleur développé autour de lui. La tumeur présente un aspect remarquable, elle est divisée en lobes subdivisés eux-mêmes en lobules ; elle est molle, mamelonnée et de couleur rosée.

Il existe une adénite bi-inguinale profondément mobile. Un examen rapide histologique aurait démontré la nature sarcomateuse de la tumeur. Une odeur repoussante se dégage des organes génitaux. L'opération est proposée et acceptée pour le 10 juin.

Toutes précautions antiseptiques prises, M. Folet fait l'extirpation au bistouri ; peu de sang. Sutures de la peau à la paroi vaginale.

On trouve le vagin comblé à sa partie antérieure par de très nombreuses végétations du volume d'un grain de blé à un petit pois dont l'ablation sera l'objet d'une opération ultérieure.

Quatre jours après l'opération, la malade est dans un état général excellent. La réunion semble s'effectuer sur tous les points.

OBSERVATION X [PRESCOTT HEWITT] (1)

*Cancer mélanique des grandes lèvres*

Prescott Hewit a extirpé une tumeur mélanique siégeant aux grandes lèvres. La malade, âgée de 59 ans, ne s'est aperçue de la tumeur que 8 mois avant l'opération. Elle croit que la tumeur a poussé sur une tache brune qui se trouvait à la surface antérieure de la grande lèvre et qui existait là depuis de longues années. Cette tumeur eut une marche très rapide jusqu'au moment de l'opération. Elle était ulcérée à la partie inférieure et saignait très fréquemment. Les ganglions et la peau de la région inguinale droite du pubis étaient atteints.

M. Prescott Hewit pratiqua l'opération comme mesure palliative à cause de la douleur et de l'ichor fétide que répandait la tumeur.

La totalité de la tumeur, tous les points noirs de la peau et tous les ganglions engorgés du pli de l'aîne furent enlevés. Deux ou trois points noirs, profondément enchâtonnés dans la plaie, furent aussi disséqués et enlevés, laissant à nu les parties saignantes d'une apparence absolument saine.

La plaie se cicatrisa lentement, mais quelque temps après la malade commença à avoir des nausées et des vomissements après les repas et délirait de temps en temps.

Deux mois après l'opération, deux petits points noirs apparurent près de la cicatrice et le mois suivant des symptômes cérébraux apparurent. La malade perdit connaissance pendant

---

(1) Prescott Hewitt, The Lancet, 1861.

trois semaines. Pourtant vers la fin de sa vie elle recouvrit parfaitement ses sens et n'eut plus de douleurs.

Elle mourut subitement, six mois après l'opération. Les points noirs situés près de la cicatrice avaient atteint la grosseur d'un haricot.

#### OBSERVATION XI. [HÖCKEL] (1)

##### *Mélano-sarcome de la vulve.*

Il s'agit d'une femme âgée de 69 ans, ayant belle apparence et vigoureuse pour son âge. Elle fut examinée pour la première fois, le 9 avril 1887. Elle avait eu 6 enfants et fait deux fausses couches. Onze mois environ avant l'examen, elle s'était aperçue de la présence sur les organes génitaux externes d'une petite tumeur qui grossit peu à peu. Cinq mois plus tard, les ganglions inguinaux du côté gauche s'engorgèrent, et cinq mois après, ce fut le tour des ganglions du côté droit. La femme n'accusait qu'une sensation de plénitude du vagin. Höckel constata une tumeur de la grosseur du poing d'un enfant, de couleur noir bleu strié de blanc, qui comprenait la totalité de la petite lèvre gauche, le clitoris, la portion supérieure de la petite lèvre droite, et qui par sa disposition, rappelait celle d'un fer à cheval à branches inégales.

Le néoplasme qui, par sa coloration, tranchait vivement sur les tissus environnants, se prolongeait sur la grande lèvre gauche, et aussi, mais à une distance moindre, sur la grande lèvre droite.

---

(1) Höckel. Annales de Gynécologie, 1889.

À l'orifice de l'urèthre, il y avait un petit nodule et l'on en distinguait deux autres entre la grande et la petite lèvre gauches. Dans la profondeur du mont de Vénus, on sentait deux cordons durs, qui parurent être les corps caverneux du clitoris infiltrés. On trouvait dans l'aîne gauche une masse, du volume d'une prune, qui était constituée par des ganglions tuméfiés : dans l'aîne droite il y avait aussi une tuméfaction ganglionnaire, mais moins accusée. Le ganglion épitrochléen gauche était augmenté de volume. Sur le corps, pas de pigmentations anormales, pas de nævi pigmentaires. On fit une opération dans laquelle on extirpa toute la masse vulvaire, le tissu graisseux du mont de Vénus et les ganglions infectés. La cicatrisation fut plutôt lente. Puis l'on vit se développer, conjointement avec une cachexie profonde, de l'ascite, de l'ictère, de l'œdème des membres inférieurs, et la malade succomba cinq mois après l'opération.

#### OBSERVATION XII [GOTH] (1)

##### *Mélanosarcome primitif de la vulve*

La malade, dont l'âge n'est pas indiqué, a été vue pour la première fois en février. Elle a toujours joui d'une bonne santé et n'a pas eu d'enfants. Il y a deux ans, elle constata le développement au niveau de la vulve, d'une tumeur qui ne causait ni gêne, ni souffrances. Goth constata une tumeur arrondie, à surface régulière, grosse comme le poing, de coloration bleu noir, non douloureuse à la pression, mais ayant une tendance à saigner, et le siège, à sa surface, d'ulcérations multiples, produites par la chute de l'épithélium.

---

(1) Ann. de gynécol., 1889.

Un examen attentif permit de reconnaître que la masse totale était constituée par deux tumeurs, la supérieure plus grande et l'inférieure plus petite, qui pendaient à côté l'une de l'autre et ne paraissaient former qu'une seule masse quand la femme était couchée. La supérieure, développée aux dépens de la portion supérieure de la petite lèvre gauche, s'étendait au-dessus du prépuce du clitoris et au-dessous de la petite lèvre droite, sur un certain trajet ; ses dimensions étaient : longueur 7 cent., largeur 5 cent., épaisseur 2 cent.  $\frac{1}{2}$ . La nodosité plus petite, paraissait émaner de la portion inférieure de la petite lèvre gauche. En arrière, elle se prolongeait jusqu'au bord postérieur de la vulve, où elle se terminait par une série de digitations. Les deux tumeurs étaient traversées par des fissures superficielles, auxquelles elles devaient quelques inégalités de surface et un aspect lobulé. Elles comprimaient, écartaient l'urèthre de son axe normal et obstruaient l'orifice vaginal. Il n'y avait pas d'engorgement ganglionnaire et la malade paraissait être dans d'excellentes conditions.

Opération après anesthésie chloroformique. La masse supérieure, ayant été fortement attirée en haut et en avant, fut attaquée par transfixion avec un bistouri à pointe aiguë et excisée.

Quant à la masse inférieure, elle fut enlevée après incision profonde, prolongée jusque dans la paroi postérieure du vagin. On s'appliqua à ne laisser aucune trace d'éléments de tissu douteux. Enfin, grâce à des précautions antiseptiques minutieuses, une cicatrisation parfaite se fit en quatre semaines. Goth signale les particularités suivantes : *a*) l'évolution relativement bénigne du néoplasme ; *b*) absence d'infiltration des ganglions ; *c*) absence de récurrence cinq mois après l'opération.

OBSERVATION XIII [MULLER] (1)

*Sarcome mélanique.*

Ce cas dans lequel l'âge de la malade n'est pas noté, et où les détails cliniques font en grande partie défaut, a été extrait du journal de Martin (Berlin), après sa mort, par son assistant Müller.

Le chirurgien avait enlevé une tumeur de la grosseur d'un œuf d'oie, qui comprenait le clitoris. La femme était dans un état de faiblesse trop grande pour qu'on se fût risqué à extirper les ganglions inguinaux engorgés. Elle mourut douze jours après l'opération.

A l'autopsie, on trouva des sarcomes mélaniques dans le cerveau, les poumons, le péricarde, la rate, le foie, les reins, le cul-de-sac rétro-utérin, la vessie, les ligaments ronds, l'estomac, le jéjunum, la glande thyroïde, la trachée, les premières bronches, les ganglions rénaux, mésentériques et inguinaux. Il n'est pas certain que l'affection ait débuté par le clitoris. Mais il semble que le chirurgien ait, dans ce cas, obéi au vieil adage « Mieux vaut tard que jamais. »

OBSERVATION XIV. [BAILLY]. (2).

*Mélano-sarcome de la vulve*

Femme âgée de 72 ans, nerveuse, et qui avait souffert de rhumatismes avant sa 60<sup>e</sup> année. Puis, elle avait joui d'une

---

(1) Muller, Annales de gynécologie, 1889.

(2) Bailly. Gazette hebdomadaire 1860.

bonne santé. Dix mois avant qu'elle fut examinée, elle avait constaté la présence, dans l'épaisseur de la petite lèvre droite, d'une tumeur indolente de la grosseur d'une lentille. Après être restée silencieuse pendant un peu moins d'un an, cette tumeur s'accrut rapidement, devint superficielle et s'ulcéra. Plus tard, une deuxième tumeur apparut sur la face externe de la petite lèvre gauche et au voisinage de la fourchette. Elle obstruait l'orifice vaginal. Il existait aussi des dépôts pigmentaires, noirs, sur la vulve et dans le vagin, lequel, en raison de sa sensibilité, ne pouvait être examiné. La tumeur fut enlevée.

La relation de ce cas fut faite un mois après l'opération. La plaie opératoire n'était pas encore cicatrisée, et il ne paraissait pas y avoir d'engorgement ganglionnaire. Mais il est noté que la malade avait un aspect fâcheux, alarmant, qu'elle maigrissait de jour en jour, et qu'elle gardait le lit.

#### OBSERVATION XV [FISCHER]. (1).

##### *Tumeur cancéreuse de la grande lèvre gauche*

Femme âgée de 56 ans, qui fut examinée pour la première fois, le 22 avril 1870. Cinq mois auparavant, était apparue sur la grande lèvre gauche, une petite tuméfaction qui s'accrut, acquit la grosseur d'une noix, s'ulcéra et donna lieu à des pertes de sang. Les ganglions gauches s'engorgèrent simultanément avec l'apparition de la tumeur. Celle-ci fut enlevée, et la femme renvoyée comme guérie, au bout de 4 semaines. Peu de semaines après, récidence sous forme d'un nouveau

---

(1) Fischer. Annales de gynécologie 1889.

néoplasme sur les grandes lèvres ; six mois après l'opération, les ganglions gauches s'ulcérèrent. La femme s'affaiblit de plus en plus et succomba. On accepta l'idée que l'irritation produite par une leucorrhée chronique avait pu jouer un certain rôle dans l'étiologie de l'affection.

OBSERVATION XVI [MUNDE] (1).

*Épithélioma de la vulve.*

M<sup>me</sup> X.... 54 ans, sans enfants, est venue me consulter le 26 janvier 1889, pour une ulcération de la grande lèvre droite qui s'était développée depuis six mois. J'ai diagnostiqué un épithélioma et conseillai à la malade de laisser pratiquer l'extirpation immédiate de la tumeur. Les ganglions inguinaux n'étaient pas engorgés.

Le 30 janvier, j'excisai toute la masse au bistouri. Il me fallut enlever aussi toute la portion de l'urèthre qui se trouve en avant du pubis. La suture faite avec du catgut, il y eut réunion par première intention, excepté de la partie inférieure de la plaie, qui se réunit par granulations. La malade quitta l'hôpital le 25 février, complètement guérie. Jusqu'à présent, elle se porte bien.

L'examen microscopique démontra que la tumeur était un épithélioma.

---

(1) Munde, American Journal of obstetric.

OBSERVATION XVII [D<sup>r</sup> JEANVRIN] (1).

*Épithélioma de la vulve.*

Le docteur Jeanvrin présente un spécimen de tumeur maligne, qui occupait les grandes et petites lèvres et une portion de la paroi postérieure du vagin, enlevée quelques jours auparavant.

La malade était une femme non mariée, âgée de 50 ans. Il y a environ un an, elle s'était aperçue de l'existence d'une excroissance sur la grande lèvre gauche. Cette excroissance augmenta rapidement et devint douloureuse. La malade était devenue irritable. Elle n'a été vue pour la première fois que deux semaines avant. Le docteur diagnostiqua un épithélioma. Il trouva que la tumeur englobait les grandes et petites lèvres, commençant à un point situé à environ un pouce de la commissure antérieure et entourant circulairement et symétriquement l'orifice vulvaire. Elle comprenait aussi à peu près deux pouces de la paroi postérieure du vagin. La tumeur était ulcéreuse et très maligne. La masse fut rapidement excisée avec des ciseaux. La dissection avait commencé à la partie supérieure de la grande lèvre, continuant de haut en bas, puis reprenant de bas en haut sur l'autre côté. Aussitôt que la tumeur eût été enlevée du côté gauche, la surface saignante fut cautérisée avec le thermo-cautère. On en fit de même pour le côté droit.

La malade ne perdit pas plus d'une demi-once de sang. On appliqua trois ligatures. La plaie fut pansée avec une solution saturée de bicarbonate de soude, et lorsque l'escharre tomba

---

(1) Jeanvrin. American Journal of obstetric.

au bout de 8 jours, elle mit à nu une surface granuleuse d'apparence saine. On fit un nouveau pansement à l'acide phénique.

Ce cas a été le troisième cas d'épithélioma de la vulve que le docteur Jeanvrin avait vu depuis un an et demi. Dans ce dernier cas, la tumeur avait un volume énorme.

#### OBSERVATION XVIII [L. MAYER] (1)

##### *Tumeur squirrheuse de la vulve.— Métastases de la peau Mort par suite d'affection cérébrale*

Ce cas concerne une marchande de 64 ans, grande et bien bâtie. Cette femme, qui sortait d'une famille saine, avait été menstruée dès l'âge de 15 ans. A 22 ans, elle se maria et eut 7 enfants. Le premier accouchement exigea les secours de l'art, et fut suivi de fièvre puerpérale. Les six autres accouchements, qui ne survinrent que 5 ans après, se succédèrent rapidement et sans complication.

A 49 ans, se produisirent des métrorragies irrégulières se rattachant peut-être à la ménopause, qui eut lieu à 52 ans.

En même temps on remarqua un ulcère du pied, un abcès chronique du nez et une tendance à la diarrhée. La patiente jouit d'une assez bonne santé jusqu'à 62 ans, époque à laquelle apparurent des douleurs dans les organes génitaux externes. Un an plus tard, elle découvrit au-dessus de l'urèthre une tumeur dure qui laissait écouler un liquide aqueux, fétide, était parfois le siège de fortes hémorragies et occasionnait des douleurs de plus en plus pénibles. S'accroissant avec une rapidité modérée, l'affection gagnait peu à peu la vulve.

---

(1) Mayer, Monatsschrift für Geburts kunde. Berlin, 1868.

La malade, qui avait refusé de se coucher, put cependant vaquer avec son activité habituelle aux occupations du ménage jusqu'aux dernières semaines de la vie.

A ce moment, se déclarèrent certains symptômes qui laissaient soupçonner des troubles cérébraux. Ces troubles avaient-ils leur cause dans une manifestation particulière de la généralisation du néoplasme, ou bien dans une affection indépendante de celui-ci ? On ne put se prononcer avec certitude. En faveur de la première hypothèse, on pouvait invoquer la circonstance suivante : en même temps qu'une paralysie du côté gauche du corps et des troubles croissants de la sensibilité, se développèrent sur toutes les parties de la peau, de nombreuses nodosités dures qui augmentèrent rapidement de volume.

Quand je vis la malade, je trouvai ces nodosités de grosseur différente ; les unes étaient rudes et plates, d'autres de forme sphérique soulevaient la peau. La plus grosse, située à la région lombaire, était longue de  $2\frac{1}{2}$  à 3 centimètres et large d'environ 1 centimètre. Toutes étaient mobiles, à l'exception d'une, qui avait amené une certaine inflammation.

Dans les organes génitaux externes, la dégénérescence avait occasionné des changements et des troubles étendus.

On voyait saillir à la vulve, entre les cuisses, une tumeur qui avait de 8 à 10 centim. de diamètre vertical, 11 à 12 centim. dans sa plus grande largeur, et qui, par son volume, empêchait le rapprochement des deux cuisses. Les deux grandes lèvres, de couleur rouge bleuâtre, étaient largement écartées l'une de l'autre. La tumeur, qui dépassait un peu la commissure supérieure, présentait, avec les grandes et petites lèvres, d'une couleur sale et couvertes d'un liquide purulent, l'aspect d'une surface cancéreuse et ulcérée. Des organes primitifs situés à l'endroit où se trouvait cette excroissance, il n'y avait comme unique modification qu'une partie cylindrique placée au milieu de la partie supérieure de la tumeur. Recouverte d'une enve-

loppe de peau brillante, de quelques millimètres d'épaisseur, elle dépassait tout ce qui se trouvait autour. Elle avait 1/2 cent. de long, autant de large et sa couleur était semblable à celle des grandes lèvres. L'enveloppe de peau, la forme et le lieu ne permettaient pas de douter qu'il ne s'agit là des dernières traces du clitoris déformé.

La partie inférieure libre du néoplasme s'étendait jusqu'à la commissure inférieure et revenait en arrière, de 2 à 3 cent., pour recouvrir les parties supérieures. Au milieu et au-dessus de la commissure inférieure, le bord de la tumeur descendait à 1 ou 2 cent. de moins que sur les côtés. Ainsi se forma une moitié de canal ouvert par le bas, à l'origine duquel on pouvait voir l'orifice de l'urèthre recouvert d'un bourrelet de muqueuse. Au dessous, on arrivait dans le vagin. Celui-ci était complètement intact : de même pour l'utérus. Les glandes rénales étaient fortement gonflées et durcies. Au mont de Vénus on pouvait aussi sentir des glandes mobiles et dures.

D'ailleurs le malade offrait des symptômes significatifs. L'assoupissement profond, la faiblesse du pouls, l'élévation de la température, des bruits pulmonaires, ne laissaient aucun doute sur l'approche de la mort, qui survint le jour suivant.

#### OBSERVATION XIX [MAYER] (1)

##### *Squirrhe de la vulve ; infection des glandes inguinales Mort par inanition*

Une femme de 64 ans avait eu deux grossesses pendant les cinq premières années de son mariage qui dura 29 ans. De 12 à 50 ans, la menstruation s'était accomplie d'une façon régulière

---

(1) Mayer, Monatss. für Geburts. Berlin, 1868.

et sans difficultés. A 58 ans, elle eut une fièvre nerveuse qui n'entraîna aucune complication : jusqu'à ce moment, du reste, elle avait joui d'une santé parfaite. Mais, sans cause occasionnelle apparente, elle éprouva, dans sa 62<sup>e</sup> année, dans la région du méat urinaire, une démangeaison qui ne tarda pas à devenir plus vive et plus fréquente et qui dégénéra en sensations douloureuses.

A 64 ans (trois mois avant que je la connaisse) la malade ressentait presque continuellement des douleurs lancinantes très violentes. Ses forces diminuaient : elle avait perdu l'appétit et maigrissait à vue d'œil. L'insomnie avait aigri son caractère et l'avait rendu très irritable.

Je vis la malade pour la première fois, en mars 1862. C'était une femme petite, à constitution délicate, très amaigrie, la figure sillonnée de rides profondes et exprimant la souffrance.

Les organes de la poitrine paraissaient sains ; la région abdominale ne présentait rien d'anormal. Les ganglions inguinaux étaient pour la plupart enflammés et durs.

Quant à la vulve, voici l'aspect qu'elle présentait : les grandes lèvres, indurées dans leur moitié supérieure, étaient écartées l'une de l'autre. A la place du clitoris, on remarquait une ulcération à bords découpés à pic, inégale et de mauvaise couleur. La région environnante était tuméfiée et indurée. Les petites lèvres étaient épaissies et dures. Dans celle de gauche, se trouvait une tumeur saillante de la grosseur d'un haricot, ulcérée à sa surface et sur laquelle on remarquait des couches d'épithélium blanches et calleuses. La petite lèvre droite présentait de profondes ulcérations aux arêtes vives, et de même constitution que celle qui était située sur le clitoris.

L'orifice urétral, fermé par un bourrelet durci, était visiblement rétréci. L'entrée du vagin était étroite et douloureuse. L'utérus et le vagin étaient sains.

Bien que le caractère malin de cette affection ne fût nullement douteux, et que le salut de la malade dépendit de l'extirpation du néoplasme, il fallut cependant s'abstenir de toute opération, soit parce que la dégénérescence avait pénétré trop avant dans les tissus profonds, soit parce que les ganglions inguinaux étaient infectés, soit enfin parce que cette femme de 64 ans se trouvait dans un état de faiblesse générale extrême.

Je me bornai donc à l'emploi des narcotiques et prescrivis une médication symptomatique.

La généralisation fut lente, malgré l'état de collapsus croissant. La mort survint quelques mois après, par cachexie.

J'avais enlevé quelques morceaux de la tumeur de la petite lèvre pour les soumettre au microscope.

M. Recklinghausen confirma la nature squirrheuse du néoplasme.

#### OBSERVATION XX. [MAYER] (1).

*Sarcome médullaire, fusiforme, télangiectasique de la vulve.*

*Extirpation. Récidive sans généralisation. Mort par cachexie.*

La femme d'un prédicateur, habitant une petite ville, se trouvait au milieu de sa 60<sup>e</sup> année, lorsque, sans aucune cause apparente, se montrèrent sur les grandes et petites lèvres, ainsi que sur les parties voisines des tumeurs rouges, saillantes, spongieuses, assez petites, d'un diamètre de quelques centimètres à peine, et au nombre de 8 à 10. Tout autour, la peau ne présentait en apparence rien d'anormal.

---

(1) Mayer, Monatssch. für Geburts. Berlin, 1868.

Ces néoplasmes avaient une tendance extraordinaire à saigner, dans les derniers mois, ils furent remarqués par la malade ; qui ne présentait du reste aucun antécédent héréditaire, occasionnant seulement de légères douleurs, par intervalles.

Les pertes sanguines, en devenant plus fréquentes, excitèrent bientôt l'attention de la malade et de son entourage, d'autant qu'elles se compliquèrent d'amaigrissement, de faiblesse extrême et de troubles dans les fonctions digestives.

Je ne vis la patiente qu'une fois, et à part l'affection ci-dessus signalée, je constatai que le cœur et les poumons étaient sains, que le pouls était faible, la langue sale, chargée, et que la cachexie s'était déclarée.

À l'examen des parois abdominales, on ne découvrait rien d'anormal.

Comme aucune raison ne me faisait supposer autre chose qu'une affection purement locale, dont le caractère de malignité apparaissait d'une façon évidente, j'éloignai tout remède palliatif, malgré les pertes de sang et la faiblesse de la malade. J'arrêtai l'hémorragie par quelques applications de fer rouge, voulant aussi détruire en même temps tout le tissu qui entourait le point dégénéré.

Au microscope, je trouvai que les tumeurs extraites, tendres et d'aspect moelleux, étaient composées de cellules grosses, fusiformes pour la plupart, foncées, et renfermant de gros noyaux et des corpuscules brillants. Une substance intercellulaire maigre, à fines cannelures et une partie vasculaire extraordinairement développée, se montraient à la surface de la tumeur. Il y avait aussi de nombreux noyaux libres.

La malade fut très affaiblie à la suite de l'opération. Je la quittai cependant avec quelque espoir de guérison. Quelques jours après, je reçus la nouvelle que les tumeurs avaient récidivé au même endroit et à côté, et qu'elles se développaient

avec beaucoup de rapidité. En outre, l'état de la malade s'était bien aggravé ; elle mourut peu de temps après.

OBSERVATION XXI [MAYER] (1).

*Excroissances sarcomateuses de la vulve. Extirpation répétée après de fréquentes récidives. Mort par apoplexie.*

Ce deuxième sarcome, que Wegscheider me fournit l'occasion d'observer sur les organes génitaux externes d'une femme, se range dans la catégorie désignée par Virchow sous le nom de sarcome verruqueux charnu.

Une Berlinoise de 70 ans, qui, selon sa propre expression, ne s'était point connue de maladie jusqu'à sa soixantième année, avait eu, pendant 37 ans de mariage, 10 grossesses qui avaient évolué normalement. La menstruation s'était faite régulièrement de 15 à 52 ans, avec une durée de 4 à 5 jours.

A 60 ans, elle fut atteinte de douleurs rhumatismales et goutteuses. Quand je la visitai, les parties génitales étaient le siège d'abondantes hémorrhagies. Insignifiantes au début, ces pertes de sang augmentèrent bientôt de fréquence, et, dans les quatre dernières semaines, se produisirent constamment. Cette circonstance avait été remarquée de la malade, mais sans la troubler autrement. Toutes les fonctions s'accomplissaient régulièrement. La malade paraissait encore fraîche et jeune pour son âge ; le pouls était puissant.

Les poumons étaient sains. Le foie dépassait le rebord des fausses côtes d'une largeur de main et était douloureux à la pression.

---

(1) Mayer. Monatssch. für Geburtskunde. Berlin, 1868.

Les organes génitaux offraient l'aspect suivant :

Les grandes lèvres étaient appliquées l'une contre l'autre. Entr'elles apparaissaient les petites lèvres hypertrophiées. Si on écartait les nymphes avec les doigts, on apercevait deux tumeurs à peu près de la grosseur d'une cerise et situées sur la face interne de la petite lèvre gauche. La plus haute, d'une coloration rouge écarlate, large de 0,03 centim., épaisse d'un à deux centimètres, pédiculée, montrait à sa partie supérieure une ulcération, évidemment la source des hémorragies persistantes. La tumeur inférieure d'un centimètre de diamètre, avait une large base, était moins rouge, et sa coloration s'harmonisait davantage avec celle de la muqueuse environnante.

Par leur pression, ces néoplasmes avaient érodé l'orifice urétral et le vestibule. De plus, au-dessous de ces tumeurs, la grande et la petite lèvres droites offraient des pigmentations noirâtres assez volumineuses.

L'entrée du vagin était large. Sa paroi inférieure était saine. A la paroi supérieure, se trouvaient des adhérences cicatricielles que l'on pouvait attribuer à des déchirures occasionnées par l'enfantement.

L'utérus était petit ; la portion vaginale avait complètement disparu, mais sans anomalies.

Les tumeurs furent enlevées et ici encore, le tissu environnant fut détruit par le fer rouge. Au bout de quatre semaines, les blessures étaient complètement cicatrisées.

Pendant environ cinq mois, la patiente se maintint en bonne santé.

Puis, au niveau des cicatrices, se manifestèrent des récidives que l'on combattit avec les ciseaux et l'acide chromique, mais qui ne tardèrent pas à reparaitre.

Depuis, M Lehnert, qui traita la malade, employa le même système pour empêcher le mal de se propager.

Seulement, dans les dernières semaines de la vie, une tu-

neur, à croissance rapide, que l'on peut considérer comme une manifestation secondaire du sarcome, se développa dans la région inguinale.

La malade mourut subitement d'une attaque d'apoplexie, qui, semble-t-il, n'avait aucun rapport avec le sarcome.

Je ferai remarquer, en terminant, que M. le professeur Virchow, auquel j'envoyai les tumeurs, eut la bonté de les examiner, et s'accorda à voir là un sarcome verruqueux.

---

## TABLEAUX

*Résumé des principales Observations de Tumeurs malignes de la vulve publiées jusqu'à ce jour*

|    | NOM<br>DE L'OBSERVATEUR    | AGE<br>DE<br>LA MALADE | DURÉE<br>DE LA PÉRIODE<br>latente ou de début | SIÈGE<br>DE LA TUMEUR                       | ÉTAT<br>DE LA RÉGION INGUINALE                                    | NATURE<br>DE LA TUMEUR | TRAITEMENT                                                    | RÉSULTAT |
|----|----------------------------|------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------|---------------------------------------------------------------|----------|
| 1  | BOIVIN ET DUGÈS            | 34                     | 6 ans et demi                                 | Clitoris                                    | Ganglions indur. des 2 côtés                                      | Epithélioma            | Pas d'opération                                               | Mort     |
| 2  | <i>id.</i>                 | 46                     | 3 ans                                         | Clitoris et pet. lèvres                     |                                                                   |                        | Pas d'opération                                               | Mort     |
| 3  | CHURCHILL                  | 51                     | quelques mois                                 | Région clitoridienne                        |                                                                   | Tum. mélanique         | Applications de chlor. de zinc                                | Mort     |
| 4  | <i>id.</i>                 | 66                     | 1 à 2 ans                                     | Clitoris                                    |                                                                   |                        | Pas de traitement                                             |          |
| 5  | HUTCHINSON                 | 50                     | 4 mois                                        | Clitoris                                    | Ganglions sains la 1 <sup>re</sup> fois<br>pris la 2 <sup>e</sup> | Tum. cancéreuse        | 1 opération. — Récidive                                       | Mort     |
| 6  | BAILLY                     | 72                     | 9 mois                                        | Région clitoridienne                        |                                                                   | Cancer mélanique       | Opér. avec l'écraseur linéaire                                | Mort     |
| 7  | PERCHERON                  | 70                     | 2 ans                                         | Clitoris et gr. lèv. dr.                    | Ganglions indur. des 2 côtés                                      | Epithélioma            | 1 opération. — Récidive                                       | Mort     |
| 8  | LÉGER                      | 62                     | 1 an                                          | Clitoris                                    |                                                                   | Epithélioma            | Opér. avec le thermo-cau-<br>tère — Récidive                  | Mort     |
| 9  | HIRSGOYER                  | 65                     |                                               | Région clitoridienne                        | Masse gangl. volumineuse                                          | Epithélioma            | Op. avec couteau galvanique                                   | Mort     |
| 10 | VERNEUIL                   | 60                     | 6 mois                                        | Clitoris. Commissure<br>supérieure vulvaire | Engorgement ganglionnaire                                         | Epithélioma            | Op. avec le thermo-cautère<br>et écraseur                     | Mort     |
| 11 | Dr JOUIN                   | 44                     | 2 ans et plus                                 | Clitoris et gr. lèv. dr.                    |                                                                   | Epithélioma            | Op. avec le thermo-cautère                                    | Guérison |
| 12 | DESCHAMPS                  | 49                     | 4 mois                                        | Clitoris                                    | Ganglions indurés                                                 | Epithélioma            | Pas d'opération                                               | Mort     |
| 13 | Dr CHUBET                  | 65                     | 1 an et 3 mois                                | Clitoris                                    | Engorg. ganglion. des 2 côtés                                     | Epithélioma            | Opération avec le bistouri                                    | Guérison |
| 14 | Dr HUBERT                  | 55                     | 2 à 3 ans                                     | Clitoris                                    | Ganglions indurés                                                 | Epithélioma            | Op. avec l'écraseur linéaire                                  | Guérison |
| 15 | <i>Ab. inéd. de Milano</i> | 48                     | 1 an                                          | Clitoris et pet. lèvres                     | Un seul ganglion tuméfié                                          | Epithélioma            | Op. avec le thermo-cautère                                    | Guérison |
| 16 | Dr SOUBOUYEN               | 70                     | quelques mois                                 | Clitoris                                    | Pas d'engorgem. ganglionn.                                        | Epithélioma            | Op. avec l'écraseur linéaire                                  | Guérison |
| 17 | TRÉLAT                     | 66                     | 2 mois                                        | Clitoris                                    | Ganglions normaux                                                 | Epithélioma            | Op. avec le thermo-cautère                                    | Guérison |
| 18 | Dr POAILLON                | 70                     | quelques mois                                 | Clitoris                                    | Pas d'engorgement                                                 | Epithélioma            | Op. avec le thermo-cautère                                    | Guérison |
| 19 | Dr SCHEYRON                | 76                     | quelques mois                                 | Clitoris, pet. lèv. dr.                     | Engorgement ganglionnaire                                         |                        |                                                               |          |
| 20 | <i>id.</i>                 | 61                     | 4 mois                                        | Clitoris, pet. lèv. dr.                     |                                                                   |                        |                                                               |          |
| 21 | LEPRAEVOST                 | 52                     | 2 mois                                        | Clitoris, pet. lèv. dr.                     |                                                                   |                        |                                                               |          |
| 22 | Dr RICHET                  | 60                     | 4 ans                                         | Clitoris, pet. lèv. g.                      | Engorg. ganglion. à gauche                                        | Epithélioma            | Op. au bistouri. — Récidive                                   | Mort     |
| 23 | LAUNOIS                    | 5                      | 6 mois                                        | Clitoris                                    | Engorg. gangl. des 2 côtés                                        | Epithélioma            | Op. 3 fois avec l'aiguille galva-<br>nique. — Récidive 3 fois | Guérison |
| 24 | Dr TFRILLON                | 62                     | quelques mois                                 | Clitoris, pet. lèv. dr.                     | Eng. gangl. la 2 <sup>e</sup> fois seul.                          | Sarcome mélanique      | 1 op. avec le th.-caut. Récid.                                | Mort     |
| 25 | RUBEL                      | 58                     | 40 ans                                        | Mét. urinaire                               | Ganglions indurés                                                 | Sarcome                | Opération avec le bistouri                                    | Guérison |

|    |                 |    |               |                                            |                                |                   |                                 |          |
|----|-----------------|----|---------------|--------------------------------------------|--------------------------------|-------------------|---------------------------------|----------|
| 26 | MELCHIORI       | 49 | 3 mois        | Orifice de l'urèthre                       | Ganglions indurés              | Tum. cancéreuse   | Opération avec le bistouri      | Guérison |
| 27 | <i>id.</i>      | 52 | 4 mois        | Vestibule                                  | Pas d'engorg. ganglionnaire    | Tum. cancéreuse   | Pas d'opération                 | Mort     |
| 28 | <i>id.</i>      | 51 | 2 ans         | Vestibule                                  | Engorgement ganglionnaire      | Tum. cancéreuse   | Pas d'opération                 | Guérison |
| 29 | RICHET          | 65 | 3 ans         | Méat urinaire                              | Ganglions indurés à droite     | Tum. cancéreuse   | Opération avec le bistouri      | Guérison |
| 30 | LE DENTU        | 64 | 5 ans         | Vestibule                                  | Engorgement ganglionnaire      | Tumeur maligne    | Opération avec le bistouri      | Guérison |
| 31 |                 | 49 |               | Extr. sup. de la gr. lèvre gauche          | à gauche                       | Epithélioma       | 2 op. avec le thermo-cautère    |          |
| 32 | WEST            | 34 | 5 mois        | Petite lèvre gauche                        |                                |                   |                                 |          |
| 33 | St-PHILIPPE     | 55 | 15 ans        | Part. int. de la gr. lèvre gauche          | Ganglions indurés              | Cancer épithélial | Pas d'opération                 | Mort     |
| 34 | RICHELOT        | 62 | 4 ans         | Clitoris                                   | Ganglions indurés              | Epithélioma       | 1 opération (récidive)          | Mort     |
| 35 | Dr RECLUS       | 58 | 8 ans         | Grandes et petites lèvres du même côté     | Ganglions indurés              | Epithélioma       | Opération avec le bistouri      | Guérison |
| 36 | BARDENHAUER     | 30 | 4 an          | Méat urinaire                              | Ganglions dégénérés            | Tum. cancéreuse   | Opération                       | Mort     |
| 37 | WINKEL          | 38 | 5 ans         | Méat urinaire                              | Ganglions indurés              | Epithélioma       | Opération avec le bistouri      | Guérison |
| 38 | <i>id.</i>      | 36 | 2 ans         | Méat urinaire                              | Ganglions indurés              | Tum. cancéreuse   | Pas d'opération                 | Mort     |
| 39 | <i>id.</i>      | 54 | 7 mois        | Méat urinaire                              | Ganglions indurés              | Epithélioma       | Op. avec le thermo-cautère      | Guérison |
| 40 | PIGOUË          | 60 | 3 ans         | Méat urinaire                              | Ganglions indurés              | Epithélioma       | Opérat. au thermo-cautère       | Guérison |
| 41 | Dr LANGIAL      | 55 | 7 ans         | Part. inférieure de la grande lèvre gauche | Ganglions profondément indurés | Epithélioma       |                                 | Guérison |
| 42 | Prof. TËDENAT   | 54 | 3 ans         | Grande lèvre droite                        | Ganglions pris                 | Epithélioma       | Opération au bistouri           | Guérison |
| 43 | BALLENGHIEN     | 46 | 5 mois        | Grande lèvre droite                        | Ganglions hypertrophiés        | Epithélioma       | Op. avec le bist. et le th.-c.  | Guérison |
| 44 | TAYLOR          | 62 | 2 ans         | Gr. et pet. lèvre gauche                   | Ganglions pris des 2 côtés     | Mélano-sarcome    | 2 op. au bist. et th.-c. récid. | Mort     |
| 45 | Prof. DUBREUIL  | 58 | 4 an          | Fosse naviculaire                          | Ganglions pris                 | Epithélioma       | Pas d'opération                 | Mort     |
| 46 | LEPRÉVOST       | 38 | 10 mois       | Grande lèvre gauche                        | Engorg. ganglion. multiples    | Epithélioma       | Opération avec le bistouri      | Guérison |
| 47 | LEFORT          | 36 | 6 mois        | Gr. et pet. lèvre gauche                   | Gangl. indurés des 2 côtés     | Sarcome           | 3 op. au bistouri. Récid. 3 f.  | Mort     |
| 48 | PRESCOTT-HEWITT | 59 | 8 mois        | Grandes lèvres                             | Ganglions pris des 2 côtés     | Mélano-sarcome    | Opération. Récidive             | Mort     |
| 49 | HOECKEL         | 69 | 11 mois       | Pet. lèvre g. et clitoris                  | Ganglions indurés              | Mélano-sarcome    | Opération avec le bistouri      | Guérison |
| 50 | GOTH            |    | 2 ans         | Clitoris                                   | Ganglions engorgés             | Mélano-sarcome    | Opération. Récidive             | Mort     |
| 51 | MULLER          | 56 | 5 mois        | Grande lèvre gauche                        | Ganglions engorgés             | Tum. cancéreuse   | Opération avec le bistouri      | Guérison |
| 52 | FISCHER         | 54 | 6 mois        | Grande lèvre droite                        | Ganglions indurés              | Epithélioma       | Opération. Récidive             | Mort     |
| 53 | MUNDÉ           | 50 | 1 an          | Grande lèvre gauche                        | Ganglions indurés              | Epithélioma       | Opération au bistouri           | Guérison |
| 54 | JEANVRIN        | 64 | 4 an          | Méat urinaire                              | Ganglions indurés              | Squirthe          | Opération aux ciseaux           | Mort     |
| 55 | MAYER           | 64 | 2 ans         | Méat urinaire                              | Ganglions indurés              | Squirthe          | Pas d'opération                 | Mort     |
| 56 | <i>id.</i>      | 60 | quelques mois | Gr. et pet. lèvres                         | Ganglions indurés              | Sarcome médul.    | Opération. Récidive             | Mort     |
| 57 | <i>id.</i>      | 70 | 4 mois        | Petite lèvre gauche                        | Ganglions indurés              | Sarcome verruq.   | Opération. Récidive             | Mort     |

## CONCLUSIONS

I. Les tumeurs malignes qui peuvent se rencontrer à la vulve, sont : l'*épithélioma*, le *sarcome*, le *carcinome* (forme squirrheuse), le *mélano-sarcome*, le *mélano-carcinome*.

La moins dangereuse est l'épithélioma ; les plus malignes sont les tumeurs mélaniques (sarcome ou carcinome), à cause de leur tendance à se généraliser.

Parmi toutes ces variétés, la forme épithéliomateuse est celle que l'on rencontre le plus souvent. Les autres sont beaucoup plus rares.

II. Ces tumeurs apparaissent, en général, dans la seconde moitié de la vie, de 40 à 60 ans. Mais de nombreux exemples prouvent que la vieillesse et l'enfance n'en sont pas exemptes.

Leur siège est, par ordre de fréquence, la région clitoridienne, les grandes et petites lèvres, le méat urinaire.

III. La durée totale d'une tumeur maligne peut se diviser en trois périodes :

1° La période latente ou de début, qui est, en moyenne, de deux ans, mais qui peut varier de quelques mois à quelques années.

2° La période d'ulcération.

3° La période de cachexie.

IV. Les deux seuls symptômes qui, d'une façon constante, se montrent les premiers et éveillent l'attention des malades sont le prurit vulvaire et la présence d'une petite tumeur.

V. Parmi les affections des organes génitaux externes de la

femme, pouvant donner lieu à une erreur de diagnostic, nous signalerons surtout les ulcérations dues à la syphilis, à la scrofule, à la tuberculose.

VI. Les néoplasmes malins de la vulve condamnent invariablement les malades qui en sont atteintes à une mort certaine. Toutefois, une opération pratiquée de bonne heure et dans de larges mesures, peut amener une survie de quelques années.

En conséquence, le pronostic ne doit jamais être entièrement favorable. Tout au plus, dans les cas heureux, peut-on faire espérer à une malade, une amélioration passagère.

VII. L'extirpation d'une tumeur de la vulve doit toujours être tentée, ne serait-ce qu'à titre palliatif, pour éviter à la malade le spectacle de son mal.

L'intervention chirurgicale est cependant contre-indiquée, lorsque la malade est dans un état de faiblesse trop prononcée, lorsque l'opération devrait entraîner de trop grands délabrements, ou intéresser des organes importants, et enfin, lorsqu'une maladie intercurrente grave vient à évoluer en même temps qu'une affection maligne.

VIII. Comme méthode de choix, nous donnons la préférence au bistouri associé au thermo-cautère, car c'est la seule qui permette d'opérer rapidement et de tenter la réunion de la plaie par première intention.

---

VU PERMIS D'IMPRIMER :  
Montpellier, le 23 juillet 1891.  
Le Recteur de l'Académie,  
H. GÉRARD.

VU ET APPROUVÉ :  
Montpellier, le 23 juillet 1891  
L'Assesseur délégué.  
E. BERTIN-SANS.

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- American Journal of obstetric. 1887-1889.  
Annales de Gynécologie, 1889, t. I et II.  
ARNOTT. — Trans. patholog. Society of London, 1871.  
British medical journal, 1889.  
BEX. — Thèse de Paris, 1887. Leucoplasie et cancroïdes de la muqueuse vulvo-vaginale.  
BILROTH. — Pathol. chirurg. génér. (Traduct. franç., 1868.)  
BOIVIN (M<sup>me</sup>) et DUGÉS. — Traité pratique des maladies de l'utérus et ses annexes.  
BRITISH. Gynecological journal, novembre 1889.  
Bulletins de la Société anatomique de Lille, 1888-1889.  
CHURCHILL. — Traité pratique des maladies des femmes.  
CORNIL et RANVIER. — Journal de l'anatomie, vol. II.  
DANIEL-MOLLIÈRE. — Leçons cliniques à l'Hôtel-Dieu de Lyon, 1888.  
DAURIAT. — Thèse de Paris, 1885. Cancer primitif de la région clitoridienne.  
DECIO. — Annal. di ostetri. Milano, 1890.  
DESCHAMPS. — Archives de tocologie, 1885.  
DURAND. — Sur l'épithélioma pavimenteux des cicatrices. Thèse, Paris 1888.  
BROCA. — Traité des tumeurs, t. I.  
DUPLAY et FOLLIN. — Pathologie externe.  
EMMET. — La pratique des maladies des femmes.  
Encyclopédie internationale de chirurgie. (Maladies des organes génitaux de la femme, t. VII.)  
FISCHER. — Deutsch zeits. f. chirurg., 1880-1881.  
Gazette de Gynécologie, 1888, t. III.  
GETH. — Pigment sarkom der äusseren Genitalien. (Centralbl. f. Gynecol., 1881.)  
GIROLAMO MIRTO. — Sicil. medic., 1891, n. 7.  
GUÉRIN. — Malad. des organes génit. ext. de la femme.

- HEBRA. — Traité des maladies cutanées.
- HOECKEL. — Ueber melanotische Geschwulste der Weiblichen Genitalien. (Arch. f. Gynak., 1888.)
- HUGUIER. — Mémoires de l'Acad. nation. de médecine, 1849.
- JARJAVAY. — Anatomie chirurgicale.
- JONH-KOPKINS. — Myxosarcoma of the clitoris. (Hosp. rep. balt. 1890).
- KUSTNER. — Zur Pathologie und therapie der Vulvocarcinoms (Zeitsch. f. Geburtshülfe und Gynéc. 1882).
- LAFFLEUR. — Montreal. Medec. Journ. 1888-1889.
- LAHAYE. — Cancer primitif du vestibule de la vulve. Thèse de Paris, 1887.
- LANCET (The), 1861.
- LEBERT. — Traité des maladies cancéreuses.
- LUTAUD. — Traité clinique des maladies des femmes.
- MAUREL. — Thèse de Paris, 1888. De l'épithélioma vulvaire.
- MÜNCHHEY. — Med. Wchuschr., 1890.
- New-York Med. Journ., 1888.
- Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat., art. Vulve.
- PITHA et BILROTH. — Encyclopédie, art. Vulve.
- PLIQUE. — Gazette des Hôpitaux, juin 1889.
- ROBIN. — Société de biologie, 1835.
- RONDOT. — Gazette hebdom. de médec. et de chirurgie, 1875.
- SCHROEDER. — Malad. des organes génit. de la femme.
- STUMPF. — München med. Woch. oct. 1890.
- VERNEUIL. — Etude sur les tumeurs de la peau (Arch. de médec., série V. T., 3 et 4.
- VIDAL. — Traité de pathol. ext.
- VIRCHOW. — Berlin. Klin. Woch. 1889.
- WEST. — Leçons sur les maladies des femmes.
-

## SERMENT

*En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !*

---